

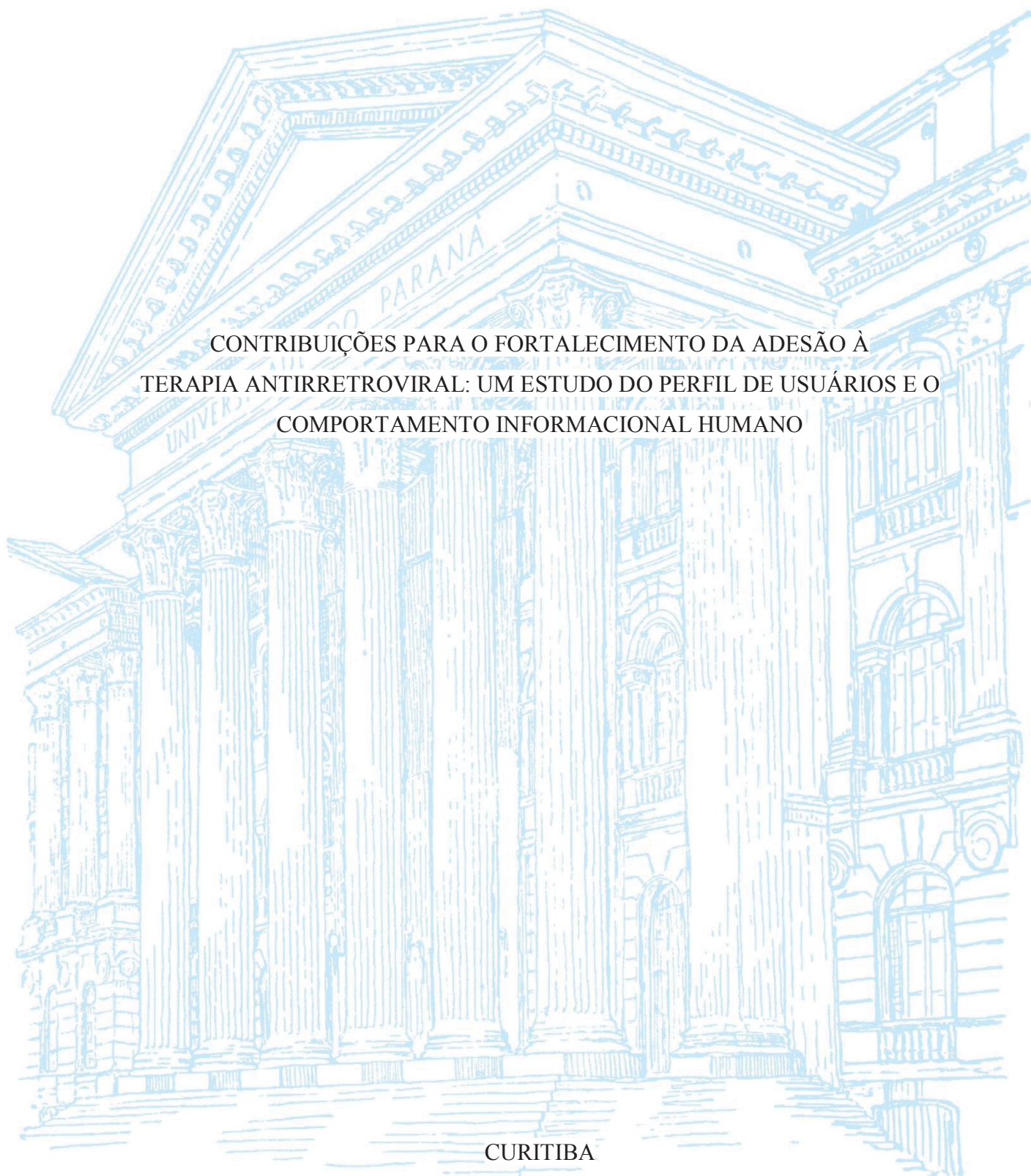
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAMILA KLOCKER COSTA

CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ADEÇÃO À  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: UM ESTUDO DO PERFIL DE USUÁRIOS E O  
COMPORTAMENTO INFORMACIONAL HUMANO

CURITIBA

2020



CAMILA KLOCKER COSTA

CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ADEÇÃO À  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: UM ESTUDO DO PERFIL DE USUÁRIOS E O  
COMPORTAMENTO INFORMACIONAL HUMANO

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora: Profª Drª Marilis Dallarmi Miguel.

Coorientadora: Profª Drª Carla Galvão Spinillo.

CURITIBA  
2020

Costa, Camila Klocker

Contribuições para o fortalecimento da adesão à terapia antirretroviral [recurso eletrônico]: um estudo do perfil de usuários e o comportamento informacional humano / Camila Klocker Costa – Curitiba, 2020.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Marilis Dallarmi Miguel  
Coorientadora: Profa. Dra. Carla Galvão Spinillo

1. HIV. 2. Terapia antirretroviral. 3. Serviço de saúde. 4. Políticas públicas.  
5. Comportamento. I. Miguel, Marilis Dallarmi. II. Spinillo, Carla Galvão.  
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 615



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS  
FARMACÊUTICAS - 40001016042P8

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **CAMILA KLOCKER COSTA** intitulada: **Contribuições para o fortalecimento da adesão à terapia antirretroviral: um estudo do perfil de usuários e o comportamento informacional humano**., sob orientação da Profa. Dra. MARILIS DALLARMI MIGUEL, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 22 de Setembro de 2020.

Assinatura Eletrônica  
06/10/2020 14:47:59.0  
MARILIS DALLARMI MIGUEL  
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica  
06/10/2020 10:15:10.0  
ASTRID WIENS SOUZA  
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica  
06/10/2020 14:59:41.0  
CRISTIANE DA SILVA PAULA DE OLIVEIRA  
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica  
06/10/2020 14:22:31.0  
YANNA DANTAS RATTMANN  
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica  
06/10/2020 15:29:09.0  
JOSIANE DE FÁTIMA GASPARI DIAS  
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

---

Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632 - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4098 - E-mail: cfufpr@gmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 54877

**Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 54877**

Aos meus filhos, Pedro e Lorena,  
desejando que minha dedicação à vida acadêmica possa servir-lhes de  
exemplo de que somente o conhecimento afasta-nos  
da ignorância e permite nossa evolução, em todos os sentidos.

Dedico também a todas as pessoas vivendo com HIV/aids, que mesmo após 30 anos do  
surgimento da doença ainda enfrentam tanto preconceito e discriminação.



## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora “original”, Profª Drª Eliane Carneiro, que com seu carinho, paciência e dedicação me conduziu com competência do início desta tese até sua aposentadoria.

À minha segunda e não menos importante orientadora, Profª Drª Marilis Dallarmi Miguel, que me acompanha desde a graduação e agora colega de profissão, que com toda sua experiência e competência orientou esta tese. A você, meu respeito e gratidão pelo incentivo e apoio que sempre recebi.

À minha coorientadora, Profª Drª Carla Galvão Spinillo, pela amizade e habilidade com que conseguiu conduzir uma farmacêutica no incrível mundo do design da informação.

À querida colega Milene Zanoni da Silva, por tantas contribuições e ensinamentos ao longo do estudo. Você foi muito generosa comigo e agradeço por tudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFPR pela oportunidade.

Às professoras que compuseram a banca de qualificação e defesa, que com muita competência apontaram contribuições pertinentes e valiosas.

Ao Departamento de Farmácia pelo apoio, em especial às professoras Deise Prehs Montrucchio, Rossana Calegari dos Santos e Josiane Gaspari Dias pelo auxílio nas aulas de graduação durante meu afastamento.

À equipe da Farmácia Escola, minhas queridas colegas Gislene Mari Fujiwara, Elaine Caroline Kiatkoski e Alice do Carmo Nalepa, pelo companheirismo e apoio de sempre.

À equipe do Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba, em especial Maria Clara, Ana Márcia, Rosilda, Rosmara, Marilda, Luciane, Luciana, Solange, Deise, Nelci e Cacá, pelo carinho com que me receberam e pela disponibilidade em colaborar, sem restrições, durante todo o período de estudo. Juliane Santos, Fabiane El Tamil e Raquel Machado, vocês foram fundamentais neste estudo e para meu crescimento pessoal e profissional. Muito obrigada!

Ao Frederico Dias do CEMEPAR, pelas contribuições ao longo dos últimos anos.

À minha querida ex-aluna e agora colega de profissão, Simone Abe, pelo companheirismo, dedicação e ajuda na coleta dos dados.

Ao Guilherme Parreira, pela disponibilidade e competente contribuição nas análises estatísticas.

À Profª Suely Giolo, pela presteza com que me auxiliou nas análises de regressão logística.

Aos amigos e colegas Sandra e Pedro Zanin, por estarem sempre na minha vida, nos bons e nos maus momentos. Obrigada por essa amizade.

Aos meus amigos pessoais, que para minha sorte são tantos que seria injusto nomear somente alguns. Vocês sabem como são importantes na minha vida, especialmente por viverem intensamente comigo os momentos mais difíceis. Gratidão eterna!

Aos meus filhos, por suportarem minha ausência, sem perderem a alegria e me amando profundamente. Sem vocês nada disso faria sentido.

À minha tão amada família, pais e irmão, pelo cuidado e apoio incondicionais em todos os momentos da minha trajetória. Obrigada por tanto amor e dedicação!

Não posso deixar de fazer um agradecimento especial a todas as pessoas vivendo com HIV que colaboraram com esta pesquisa. Pouquíssimas foram as negativas de participação, as quais foram justificadas com muita educação. Todos me acolheram com ternura e desejo de colaborar, nunca esquecerei suas histórias de luta. Vocês dividiram comigo suas vidas e particularidades mais íntimas, e por isto sou profundamente grata.

Por fim e mais importante, agradeço a Deus por tudo o que vivi até aqui, por trazer a mim tantas pessoas especiais e por me conduzir sempre pelos melhores caminhos!

“We have the knowledge and tools we need to end AIDS. We cannot change the virus, but we can change inequalities, power imbalances, marginalization, taboos and stigma and discrimination. We can change behaviours and societies. The change we need requires strong collective efforts by both governments and communities. Success is being achieved where policies and programmes **focus on people**, not diseases — policies and programmes that are designed with communities and that respond to **the way that people live their lives.**”

**Gunilla Carlsson**  
UNAIDS Executive Director



## RESUMO

A infecção pelo HIV assumiu um caráter crônico e potencialmente controlável desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) na década de 90, em especial nos países onde o acesso aos medicamentos é garantido. Entretanto, a adesão ao tratamento farmacológico é fator fundamental para garantia da qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV (PVHIV), bem como para prevenção de novos casos. Por ser um tratamento complexo que abrange aspectos pessoais, sociais, demográficos e econômicos, a adesão à TARV é um processo difícil que requer o investimento contínuo em políticas públicas de enfrentamento da epidemia. Sob esta perspectiva, a presente pesquisa teve por objetivo contribuir para o fortalecimento da adesão à TARV com base em um estudo do perfil de usuários e no comportamento informacional humano, realizada na maior Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) do Paraná, Brasil. A primeira fase constituiu-se de um estudo do perfil sociodemográfico, econômico e de condições de saúde de usuários de TARV, comparando aqueles assistidos exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com os que utilizam serviços de saúde privados. Ainda, a adesão ao tratamento farmacológico foi determinada por dois métodos distintos, um baseado no autorrelato do paciente e outro utilizando registros de farmácia. A observação do perfil dos usuários em relação à taxa de adesão e aos parâmetros laboratoriais permitiu identificar aqueles com maiores dificuldades de seguimento terapêutico e que devem ter um acompanhamento individualizado. Observou-se que os usuários que utilizam exclusivamente o SUS demonstraram uma adesão à TARV discretamente menor que aqueles provenientes de serviços privados, o que em parte pode ser explicado pelo maior acesso destes últimos aos serviços de saúde e a médicos especialistas. A partir da análise dos fatores associados com a não adesão e com base nos preceitos do comportamento informacional humano, na segunda fase da pesquisa a metodologia *sense-making* foi utilizada para desenvolver protocolos de coleta e análise de dados. Pretendeu-se nesta etapa estudar os comportamentos de busca e uso de informações associadas ao uso da TARV sob o ponto de vista de usuários e profissionais de saúde, cujos resultados permitiram observar os principais problemas enfrentados no seguimento terapêutico antirretroviral. Ao final, foram elaboradas 13 propostas visando o fortalecimento da adesão dos usuários, a serem aplicadas por farmacêuticos e outros profissionais e nos serviços de saúde, além de contribuições metodológicas que podem fundamentar novas pesquisas na área. Dentre estas propostas, destacam-se um roteiro para atendimento de usuários em início de TARV, critérios para identificar usuários com dificuldade de adesão durante o atendimento na UDM e para a dispensação de medicamentos para períodos superiores a um mês de tratamento. Ainda, sugeriu-se uma alternativa para melhorar o acesso das PVHIV ao tratamento antirretroviral e o aperfeiçoamento do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), proposta primordial para oportunizar um acompanhamento eficiente de usuários com dificuldades de adesão na rotina dos serviços.

Palavras-chave: HIV. Terapia antirretroviral. Adesão. Serviço de saúde. Políticas públicas. Comportamento informacional humano.

## ABSTRACT

HIV infection has assumed a chronic and potentially controllable character since the emergence of combined antiretroviral therapy (ART) in the 1990s, especially in countries where access to medicines is guaranteed. However, adherence to pharmacological treatment is a fundamental factor to guarantee the quality of life of people living with HIV (PLHIV), as well as to prevent new cases. As it is a complex treatment that involve personal, social, demographic and economic aspects, adherence to treatment is a difficult process that requires continuous investment in public policies to face the epidemic. This research aimed to contribute to the strengthening of adherence to ART based on a study of the profile of users and human informational behavior, carried out in the largest Dispensing Unit for Antiretroviral Medicines (UDM) in Paraná, Brazil. The first step consisted of a study of the sociodemographic, economic and health conditions of ART users, comparing those assisted exclusively by Unified Health System (UHS) with those using private health services. In addition, adherence to pharmacological treatment was determined by two different methods, one based on the patient's self-report and the other using pharmacy records. The observation of the users' profile in relation to the adherence rate and laboratory parameters allowed the identification of those with greater difficulties in therapeutic follow-up and who must have individualized monitoring. It was observed that users who exclusively use NHS showed a slightly lower adherence to ART than those coming from private services, which can be partly explained by the greater access of these to health services and specialist doctors. Based on the associated factors with non-adherence and on the precepts of human informational behavior, in the second step of the research, the *sense-making* methodology was used to develop data collection protocols and it's analysis. It was intended at this time to study the behaviors of searching and using information associated with the use of ART from the point of view of users and health professionals, whose results allowed to observe the main problems faced in the antiretroviral therapeutic follow-up. In the end, 13 proposals were elaborated aiming at strengthening the adhesion of users, to be applied by pharmacists and other professionals and in health services, in addition to methodological contributions that can support new research in the area. Among these, we highlight a script for assisting users in the beginning of ART, criteria for identifying users with difficulty in ART at the UDM and for dispensing medications for periods longer than one month of treatment. An alternative was suggested to improve the access of PLHIV to antiretroviral treatment and the improvement of the Logistical Control System for Medicines, a fundamental proposal to provide an efficient monitoring of users with difficulty in adhering to the routine of services.

**Keywords:** HIV. Combination Antiretroviral Therapy. Adherence. Health service. Public Polices. Human Information Behavior.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	CICLO DE REPLICAÇÃO DO HIV .....	28
FIGURA 2 -	PROCESSO DE CUIDADO CONTÍNUO ÀS PVHIV .....	40
FIGURA 3 -	CORRELAÇÃO DA CASCATA DE CUIDADO CONTÍNUO AO HIV COM A META 90-90-90 .....	41
FIGURA 4 -	FATORES SOCIAIS E ESTRUTURAIS INTERFERENTES NA VIDA DE PVHIV .....	50
FIGURA 5 -	REPRESENTAÇÃO DOS QUATRO ELEMENTOS DO MODELO DE DERVIN .....	60
FIGURA 6 -	METÁFORA DA METODOLOGIA SENSE-MAKING .....	70
FIGURA 7 -	FATORES DE NÃO ADESÃO RELACIONADOS AOS ASPECTOS INFORMACIONAIS .....	103
FIGURA 8 -	ETAPAS DA ANÁLISE DE DADOS .....	106
FIGURA 9 -	MODELO DO COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE WILSON PARA USUÁRIOS DE TARV E PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	126

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 -	MODELO DE COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE WILSON .....	56
FLUXOGRAMA 2 -	ETAPAS DA METODOLOGIA DE ESTUDO .....	62
FLUXOGRAMA 3 -	PROCESSO DE DISPENSAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS: IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DO USUÁRIO E ASPECTOS DOCUMENTAIS .....	141
FLUXOGRAMA 4 -	PROCESSO DE DISPENSAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS: REGISTRO DE INFORMAÇÕES E DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS .....	144
FLUXOGRAMA 5 -	CRITÉRIOS DE ANÁLISE DURANTE ATENDIMENTO PARA ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIOS PARA ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA .....	149
FLUXOGRAMA 6 -	CRITÉRIOS DE ANÁLISE PARA DISPENSA DE TARV PARA PERÍODOS SUPERIORES A UM MÊS .....	154

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	FÁRMACOS INDIVIDUAIS PREVALENTES (%) NA POPULAÇÃO AMOSTRADA, COMPARANDO USUÁRIOS ASSISTIDOS EXCLUSIVAMENTE PELO SUS E PELO SERVIÇO PRIVADO .....	83
GRÁFICO 2 -	ESQUEMAS TERAPÊUTICOS PREVALENTES (%) NA POPULAÇÃO AMOSTRADA, COMPARANDO USUÁRIOS ASSISTIDOS EXCLUSIVAMENTE PELO SUS E PELO SERVIÇO PRIVADO .....	84
GRÁFICO 3 -	DISTRIBUIÇÃO DE CARGA VIRAL POR ESCORES, COMPARANDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	88
GRÁFICO 4 -	CURVA ROC PARA A TOTALIDADE DA AMOSTRA (n = 349).	89
GRÁFICO 5 -	CORRELAÇÃO DE TAXAS DE ADESÃO DETERMINADAS PELO MODELO RMF E MÉTODO CEAT .....	94
GRÁFICO 6 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O RECEIO DOS EFEITOS COLATERAIS .....	112
GRÁFICO 7 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O RECEIO DA INTERAÇÃO DOS ARV COM ÁLCOOL E/OU DROGAS .....	112
GRÁFICO 8 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A DIFICULDADE DE TOMAR OS COMPRIMIDOS POR SEU TAMANHO E/OU QUANTIDADE .....	113
GRÁFICO 9 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A PALATABILIDADE DESAGRADÁVEL DO MEDICAMENTO .	113
GRÁFICO 10 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A COMPLEXIDADE DO TRATAMENTO .....	114
GRÁFICO 11 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A INCOMPATIBILIDADE DE HORÁRIO DOS MEDICAMENTOS COM A ROTINA .....	114
GRÁFICO 12 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A DIFICULDADE DE READAPTAÇÃO DA ROTINA APÓS MUDANÇA DA TERAPIA .....	114

GRÁFICO 13 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A DIFICULDADE DE TOMAR OS ARV JUNTO COM OUTROS MEDICAMENTOS .....	115
GRÁFICO 14 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A DIFICULDADE DE CONSERVAÇÃO E TRANSPORTE DOS MEDICAMENTOS .....	115
GRÁFICO 15 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O RECEIO DA TOXICIDADE DOS MEDICAMENTOS .....	116
GRÁFICO 16 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O RECEIO DOS EFEITOS A LONGO PRAZO .....	116
GRÁFICO 17 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O RECEIO DE QUE OS MEDICAMENTOS SEJAM PREJUDICIAIS À SAÚDE .....	117
GRÁFICO 18 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A FALTA DOS MEDICAMENTOS EM CASA .....	117
GRÁFICO 19 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A FALTA DE TEMPO PARA RETIRAR OS MEDICAMENTOS .....	118
GRÁFICO 20 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A FALTA À CONSULTA MÉDICA .....	118
GRÁFICO 21 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O ESQUECIMENTO DE DOSES .....	118
GRÁFICO 22 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O CONSTRANGIMENTO DE TOMAR OS ARV PRÓXIMO DE OUTRAS PESSOAS .....	119
GRÁFICO 23 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O DESEJO DE SEGUIR UM TRATAMENTO NATURAL .....	119
GRÁFICO 24 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A PERCEPÇÃO DE POUCO CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA E/OU TRATAMENTO .....	120
GRÁFICO 25 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A PERCEPÇÃO DE NÃO ENTENDIMENTO OU COMPREENSÃO INCORRETA DE ALGUMA INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO .....	120

GRÁFICO 26 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO PORQUE SENTIU-SE BEM DE SAÚDE .....	121
GRÁFICO 27 -	DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO PORQUE SENTIU-SE MAL DE SAÚDE .....	121



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	CLASSES TERAPÊUTICAS, MECANISMOS DE AÇÃO E FÁRMACOS ARV .....	31
QUADRO 2 -	SISTEMAS ELETRÔNICOS DE INFORMAÇÃO QUE APRESENTAM DADOS DE PVHIV .....	43
QUADRO 3 -	COMPONENTES DO BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E PROGRAMAS E ESFERAS RESPONSÁVEIS PELO FINANCIAMENTO .....	45
QUADRO 4 -	REPRESENTAÇÃO DA INTERPRETAÇÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS QUALITATIVAS .....	74
QUADRO 5 -	COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE USUÁRIOS SOB A PERSPECTIVA DA METODOLOGIA DE DERVIN, NO CONTEXTO DO SEGUIMENTO TERAPÊUTICO DE USO DA TARV .....	123
QUADRO 6 -	COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA METODOLOGIA DE DERVIN, NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE TARV .....	124
QUADRO 7 -	CORRELAÇÃO ENTRE OS ELEMENTOS DA METODOLOGIA DE DERVIN E DO MODELO DE COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE WILSON .....	125
QUADRO 8 -	SÍNTESE DAS CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA .....	165

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA DE PARTICIPANTES CONFORME VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E DE CONDIÇÕES DE SAÚDE (n = 349) .....	75
TABELA 2 -	DISTRIBUIÇÃO POR SERVIÇO DE SAÚDE CONFORME VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE .....	80
TABELA 3 -	RESULTADOS DA REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA AS VARIÁVEIS DEPENDENTES EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	82
TABELA 4 -	PARÂMETROS ESTATÍSTICOS DETERMINADOS PARA O ESCORE BRUTO DO CEAT, COMPARANDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	87
TABELA 5 -	PERCENTIS DO ESCORE DO CEAT, COMPARANDO USUÁRIOS DOS DIFERENTES SERVIÇOS DE SAÚDE .....	88
TABELA 6-	CLASSIFICAÇÃO DE ADESÃO DE USUÁRIOS DE TARV DE ACORDO COM O CEAT, COMPARANDO USUÁRIOS DOS DIFERENTES SERVIÇOS DE SAÚDE .....	89
TABELA 7 -	COORDENADAS DA CURVA ROC PARA DIFERENTES PONTOS DE CORTE DO CEAT .....	90
TABELA 8 -	PARÂMETROS ESTATÍSTICOS PARA TAXA DE ADESÃO (%) DETERMINADA PELO MÉTODO MPR, COMPARANDO USUÁRIOS DOS DIFERENTES SERVIÇOS DE SAÚDE .....	92
TABELA 9 -	CLASSIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO À TAXA DE ADESÃO E CARGA VIRAL .....	96
TABELA 10 -	FATORES ASSOCIADOS A NÃO ADESÃO À TARV .....	97

## LISTA DE SIGLAS

ABC	-	Abacavir
AIDS	-	<i>Acquired Imumune Deficiency Syndrome</i>
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARV	-	Antirretroviral
ATV	-	Atazanavir
AZT	-	Zidovudina
CEAT	-	Cuestionário para La Evaluación de la Adhesión al Tratamiento ao Antiretroviral
CEMEPAR	-	Centro de Medicamentos do Paraná
CIH	-	Comportamento Informacional Humano
COA	-	Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba
CV	-	Carga viral
CVD	-	Carga viral detectável
CVI	-	Carga viral indetectável
DNA	-	Ácido desoxirribonucléico
D4T	-	Estavudina
DRV	-	Darunavir
DTG	-	Dolutegravir
EFV	-	Efavirenz
ENF	-	Enfuvirtida
ETR	-	Etravirina
FM	-	Formulário de solicitação de medicamento
HIV	-	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSB	-	Homens que fazem sexo com homens
INI	-	Inibidores da integrase
IF	-	Inibidores de fusão
IP	-	Inibidores da protease
IST	-	Infecção sexualmente transmissível
ITRN	-	Inibidores da transcriptase reversa análogo de nucleotídeos
ITRNN	-	Inibidores da transcriptase reversa não análogo de nucleotídeos
LAUDO	-	Sistema Laudo
LPV	-	Lopinavir

MS	-	Ministério da Saúde
MVQ	-	Maraviroque
NVP	-	Nevirapina
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PC	-	Percentil
PCDT	-	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos
PCR	-	Reação em cadeia da polimerase (da sigla em inglês)
PEP	-	Profilaxia Pós Exposição
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	-	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PR	-	Prescrição médica
PrEP	-	Profilaxia Pré-exposição
PVHIV	-	Pessoas vivendo com HIV/aids
RAL	-	Raltegravir
RNA	-	Ácido ribonucleico
RTV	-	Ritonavir
SESA/PR	-	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SICLOM	-	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	-	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMC	-	Sistema de Monitoramento Clínico das PVHIV/aids
SINAN	-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	-	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SISGENO	-	Sistema de Informação para Rede de Genotipagem
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TARV	-	Terapia Antirretroviral Combinada
TCD4+	-	Linfócitos TCD4+
TDF	-	Tenofovir
TPV	-	Tipranavir
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UDM	-	Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais
UNAIDS	-	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
3TC	-	Lamivudina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
1.1	OBJETIVO GERAL .....	25
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>26</b>
2.1	BREVE HISTÓRICO DA AIDS, SUA ETIOLOGIA E PATOLOGIA .....	26
2.2	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL COMBINADA .....	30
2.3	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO HIV/AIDS .....	34
2.4	POLÍTICAS NACIONAIS DE PREVENÇÃO À AIDS E CUIDADO ÀS PVHIV .....	38
2.4.1	Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais e Sistemas Eletrônicos de Informação .....	41
2.4.2	Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Cuidado às PVHIV .....	44
2.5	ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL .....	46
2.6	COMPORTAMENTO INFORMACIONAL HUMANO .....	54
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>62</b>
3.1	ESTUDO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DE TARV .....	63
3.1.1	Local e Período do Estudo .....	63
3.1.2	CrITÉRIOS de Inclusão, Exclusão e Cálculo Amostral .....	63
3.1.3	Considerações Éticas .....	63
3.1.4	Entrevista inicial .....	64
3.2	DETERMINAÇÃO DE ADESÃO À TARV .....	64
3.2.1	Questionário CEAT .....	64
3.2.2	Avaliação dos Registros de Farmácia .....	65
3.2.3	Correlação entre os Métodos de Determinação da Adesão.....	66
3.3	ESTUDO DO COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE USUÁRIOS DE TARV E PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	67
3.3.1	Seleção do Método de Coleta de Dados .....	67
3.3.1.1	Metodologia <i>Sense-Making</i> .....	68
3.3.2	Desenvolvimento e Aplicação dos Protocolos de Coleta de Dados .....	71
3.3.2.1	Busca de fatores associados com a não adesão .....	71
3.3.2.2	Seleção de fatores relacionados ao aspecto informacional .....	72

3.3.2.3	Elaboração dos protocolos de coleta de dados .....	72
3.3.2.4	Aplicação dos protocolos de coleta de dados .....	73
3.3.3	Análise dos Dados .....	73
3.4	CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ADESÃO .....	74
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>75</b>
4.1	ESTUDO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DE TARV .....	75
4.1.1	Comparação entre Usuários de TARV Provenientes do SUS e do Serviço Privado de Saúde .....	80
4.1.2	Fármacos e Terapias Combinadas .....	83
4.2	DETERMINAÇÃO DE ADESÃO À TARV .....	87
4.2.1	Questionário CEAT .....	87
4.2.2	Avaliação dos Registros de Farmácia .....	91
4.2.2.1	Comparação entre os três modelos de cálculo de adesão e associação com a supressão viral .....	91
4.2.2.2	Comparação de adesão por registros de farmácia entre usuários dos diferentes serviços de saúde.....	92
4.2.3	Correlação entre método CEAT e registros de farmácia .....	94
4.2.4	Perfil de Adesão dos Usuários de TARV .....	95
4.3	ESTUDO DO COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE USUÁRIOS DE TARV E PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	97
4.3.1	Desenvolvimento dos Protocolos de Coleta de Dados .....	97
4.3.1.1	Busca de fatores associados com a não adesão .....	97
4.3.1.2	Seleção de fatores relacionados ao aspecto informacional .....	101
4.3.2	Análise dos Protocolos de Coleta de Dados .....	105
4.3.3	Processo de Dispensação de TARV .....	140
<b>5</b>	<b>CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ADESÃO À TARV .....</b>	<b>147</b>
5.1	CONTRIBUIÇÕES PARA FARMACÊUTICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	147
5.1.1	Identificação de Usuários com Dificuldade de Adesão à TARV .....	147
5.1.2	Atendimento de Usuários em Início de TARV .....	151
5.2	CONTRIBUIÇÕES PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	153
5.2.1	Gestão dos Serviços de Saúde .....	153

5.2.1.1	Dispensação de TARV para períodos superiores a um mês .....	153
5.2.1.2	Acesso facilitado aos serviços de saúde .....	155
5.2.1.3	Educação continuada e capacitações periódicas .....	156
5.2.1.4	Apoio psicológico .....	157
5.2.1.5	Auxílio para situações de falta de documentação para retirada de TARV ....	158
5.2.1.6	Promoção de privacidade nos ambientes de atendimento .....	158
5.2.1.7	O papel do profissional farmacêutico .....	159
5.2.2	Tecnologia da Informação .....	160
5.2.2.1	Aperfeiçoamento do SICLOM .....	160
5.2.2.2	Desenvolvimento de recursos tecnológicos para compartilhamento de informações .....	162
5.3	CONTRIBUIÇÕES METODOLÓGICAS .....	163
5.3.1	Modelo de Cálculo da Taxa de Adesão .....	163
5.3.2	Metodologia <i>Sense-Making</i> para Estudos de Comportamento Informacional em Saúde .....	163
5.4	SÍNTESE DAS CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA .....	164
7	<b>CONCLUSÃO</b> .....	167
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	170
	<b>APÊNDICE 1 – PROTOCOLO DE ENTREVISTA INICIAL</b> .....	186
	<b>APÊNDICE 2 – PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS PARA USUÁRIOS DE TARV</b> .....	188
	<b>APÊNDICE 3 – PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b> .....	190
	<b>APÊNDICE 4 – INTERPRETAÇÃO DAS ENTREVISTAS NO CONTEXTO DOS ELEMENTOS DA METÁFORA DE DERVIN</b> .....	193
	<b>APÊNDICE 5 – COMPILAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE USUÁRIOS DE TARV E PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b> .....	235
	<b>APÊNDICE 6 – ROTEIRO PARA CONSULTA FARMACÊUTICA DE USUÁRIOS EM INÍCIO DE TARV</b> .....	262



## 1 INTRODUÇÃO

Apesar do declínio nos casos de aids no mundo, até o final de 2018 existiam aproximadamente 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV). (UNAIDS, 2019b). Neste mesmo ano, ocorreram 1,7 milhão de novos casos, sendo mais da metade nas populações-chave e seus parceiros sexuais, que incluem homens que fazem sexo com homens (HSH) e homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, transexuais e pessoas privadas de liberdade. (UNAIDS, 2019a). Estima-se que 23,3 milhões de pessoas estavam em terapia antirretroviral combinada (TARV) e, destas, aproximadamente 86% alcançaram a supressão viral. (UNAIDS, 2019b).

Entre o período de 1980 e junho de 2019 foram identificados 966.058 casos de aids no Brasil, com uma média anual de 39.000 casos nos últimos cinco anos. (BRASIL, 2019a). Das aproximadamente 900 mil pessoas que convivem com o HIV no país, 766 mil foram diagnosticadas, o que indica que mais de 100 mil pessoas desconhecem o diagnóstico e podem estar transmitindo o vírus. Em 2019 havia 594 mil usuários em TARV, o que significa 77,5% dos diagnosticados. (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2020).

Em 1996, por meio da Lei nº 9.313/96, o Brasil passou a garantir a distribuição dos medicamentos antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e desde então, tem sido ampliado o acesso ao diagnóstico do HIV e o tratamento da doença (BRASIL, 2010a). A infecção assumiu um caráter crônico e potencialmente controlável desde o surgimento da TARV, em especial nos países onde o acesso aos medicamentos é garantido. Além disso, a disponibilização de marcadores biológicos, como linfócitos TCD4+ (TCD4+) e carga viral (CV) para o monitoramento da progressão da doença, aumentou a sobrevida dos pacientes. (BRASIL, 2008a).

Diante do caráter crônico da doença e da expectativa de uma vida longa com qualidade, a adesão à TARV assume especial relevância, pois estudos indicam que para expressar níveis de supressão viral é necessária uma adesão mínima de 80% das doses prescritas. (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2018b). Nesta perspectiva, surgem desafios que envolvem a necessidade de novas práticas relacionadas ao tratamento no cotidiano das PVHIV. (BRASIL, 2008a). Especificamente no que concerne à adesão ao tratamento antirretroviral (ARV) no Brasil, uma abordagem além da dimensão assistencial é necessária devido à importância e complexidade das questões envolvidas, devendo ser considerada à luz do conjunto das políticas públicas de enfrentamento da epidemia. (BRASIL, 2010a).

Contudo, são inúmeros os fatores associados com a não adesão à TARV e que podem provocar a interrupção do tratamento, como por exemplo, os efeitos colaterais dos medicamentos e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2008). Nesse contexto, o estudo do comportamento dos usuários frente a estes obstáculos pode direcionar as pesquisas para novas estratégias de promoção à adesão.

A origem dos estudos sobre o Comportamento Informacional Humano (CIH) data de anos subsequentes ao fim da Segunda Guerra Mundial, mas foi na década de 80 que surgiram de modo mais intenso estes estudos no ramo da Ciência da Informação. (MCNINCH, 1948; TABOSA & PINTO, 2016; WILSON, 2000). As pesquisas nesta área procuram compreender três aspectos principais: o contexto que leva o indivíduo a reconhecer a necessidade de uma informação, os procedimentos para sua busca e como esta pode ser usada para resolver um problema, criar um significado ou tomar uma decisão. (WILSON, 2000; PEREIRA, 2011). O desconhecimento destes aspectos oportuniza o desenvolvimento de produtos e serviços, muitas vezes com investimentos tecnológicos ou de infraestrutura, que podem no final não serem devidamente utilizados pelos usuários. (TABOSA & PINTO, 2016).

Portanto, considerando a complexidade da doença, a importância para a saúde pública de estratégias promotoras da adesão à TARV e as dificuldades enfrentadas pelas PVHIV, o objetivo deste estudo foi contribuir com o fortalecimento da adesão utilizando como base os conceitos da teoria do CIH.

## 1.1 Objetivo Geral

Contribuir para o fortalecimento da adesão à terapia antirretroviral com base no estudo do perfil de usuários e no comportamento informacional humano.

## 1.2 Objetivos Específicos

- Estudar o perfil sociodemográfico e econômico dos usuários de TARV;
- Comparar o perfil de usuários assistidos exclusivamente pelo SUS e aqueles provenientes de serviços privados de saúde;
- Determinar a adesão dos usuários à TARV na maior Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais do Paraná em número de usuários cadastrados;
- Identificar o perfil de adesão dos usuários de TARV;
- Selecionar e aplicar metodologia de coleta de dados baseado nos preceitos do CIH;
- Analisar os resultados sob a perspectiva dos conceitos do CIH;
- Propor contribuições para o fortalecimento da adesão à TARV.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 BREVE HISTÓRICO DA AIDS, SUA ETIOLOGIA E PATOLOGIA

Os primeiros relatos revelam que o vírus HIV (*Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana) foi transmitido de macacos africanos para o humano na metade do século XX, sendo que o primeiro registro documentado em humanos foi em 1959, em Kinshasa, na República Democrática do Congo. (PINTO et al., 2007; MURPHY, TRAVERS & WALPORT, 2010). No entanto, a aids (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, só foi oficialmente registrada pela primeira vez em meados de 1981 nos Estados Unidos, após a constatação de que um elevado número de homens homossexuais de San Francisco apresentava Sarcoma de Kaposi, pneumonia e deficiência no sistema imune. (PINTO et al., 2007).

Entretanto, nos primeiros anos da década de 80 não se sabia ainda o que causava a aids, as formas de transmissão e o agente causador. O principal público acometido no Brasil no início da epidemia eram homens, bi ou homossexuais, brancos, de classe média ou alta e de grandes metrópoles. (RACHID & SCHECHTER, 2017). No Brasil, em 1982 confirmou-se o primeiro caso de aids ocorrido por transfusão sanguínea e, um ano depois, a doença foi diagnosticada pela primeira vez em crianças e em adultos do sexo feminino. (BRASIL, [2007?]). Em maio de 1983 o vírus foi identificado na França pelo pesquisador Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, que disputou a descoberta com o americano Robert Gallo, do Instituto Nacional de Câncer nos Estados Unidos. (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2019). Somente em 1985 é que o agente etiológico da doença foi denominado *Human Immunodeficiency Virus*. (BRASIL, [2007?]).

No Brasil, em 1986 foi criado o Programa Nacional de DST e aids no Ministério da Saúde (MS) e, no ano seguinte, isolou-se pela primeira vez na América Latina o vírus HIV-1 pelo Instituto Oswaldo Cruz. (BRASIL, [2007?]). Neste mesmo ano, a zidovudina (AZT) foi o primeiro fármaco para controle da replicação viral, denominado de antirretroviral (ARV), aprovado para uso clínico. Com o passar dos anos, foram incorporados ao elenco de medicamentos para o HIV outros fármacos de diferentes classes de ARV. (RACHID & SCHECHTER, 2017). Importante salientar que o termo aids é utilizado para se referir a pessoas que manifestaram sintomas da doença, enquanto que os assintomáticos são denominados portadores de HIV. (CURITIBA, 2014).

No início da epidemia no Brasil, a aids foi popularmente denominada como peste gay, câncer gay e doença 5H, como referência aos grupos de risco homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos<sup>1</sup> e hookers<sup>2</sup>. (BRASIL, [2007?]). A partir do final da década de 80, Caiaffa e Bastos (1998) relatam que houve uma participação importante de usuários de drogas injetáveis na epidemia de aids no Brasil e Estados Unidos. O padrão de consumo destas drogas era relacionado com a frequência de uso, vias de administração, natureza e combinação das substâncias, além de outros fatores, como o compartilhamento dos equipamentos de aplicação e variáveis psicológicas e culturais dos indivíduos. A cocaína injetável foi a droga mais utilizada no Brasil na década de 90, diferente de outros países como Estados Unidos e Austrália, em que a heroína detinha uma parcela importante do uso injetável. Com relação à frequência de aplicação, usuários de cocaína injetavam doses repetidas em curtos intervalos de tempo para evitar os efeitos depressivos que se seguiam à intoxicação da droga, alternando com intervalos longos sem consumo. Em contrapartida, a heroína era aplicada poucas vezes ao dia, podendo haver injeções regulares ao longo de vários dias. Portanto, usuários de cocaína apresentavam maior susceptibilidade aos riscos do compartilhamento de seringas e à contaminação pelo HIV pela maior frequência de aplicação. (CAIFFA e BASTOS, 1998).

Como forma de reduzir a incidência de casos de aids entre usuários de drogas injetáveis, a partir de 1996 no Brasil surgiram os Programas de Redução de Danos. O objetivo principal era proporcionar a troca de seringas entre os usuários, além de oferecer medidas educativas sobre formas mais seguras e higiênicas para o uso das drogas injetáveis. Piccolo e Knauth (2002), após observarem estes indivíduos na sua rotina, descreveram como era comum que vários usuários dividissem a mesma seringa, a qual era “limpa” com água entre uma aplicação e outra. Por algumas vezes, a mesma água em que se lavavam as seringas era utilizada para a diluição da cocaína que seria injetada. Por meio do Programa de Redução de Riscos, os profissionais iam às casas dos usuários para realizar a coleta das seringas usadas e entregar nova remessa para uso, sendo possível ainda realizar esta troca diretamente em postos de saúde. (PICCOLO e KNAUTH, 2002).

Com relação à etiologia da doença, a aids é causada pelo HIV, um retrovírus, pertencente à subfamília lentivírus. As principais células infectadas são os linfócitos TCD4+ (TCD4+) e macrófagos por apresentarem a molécula CD4+ nas suas superfícies. (RACHID & SCHECHTER, 2017). Sabe-se que existem dois tipos de HIV, que se diferenciam em parte de

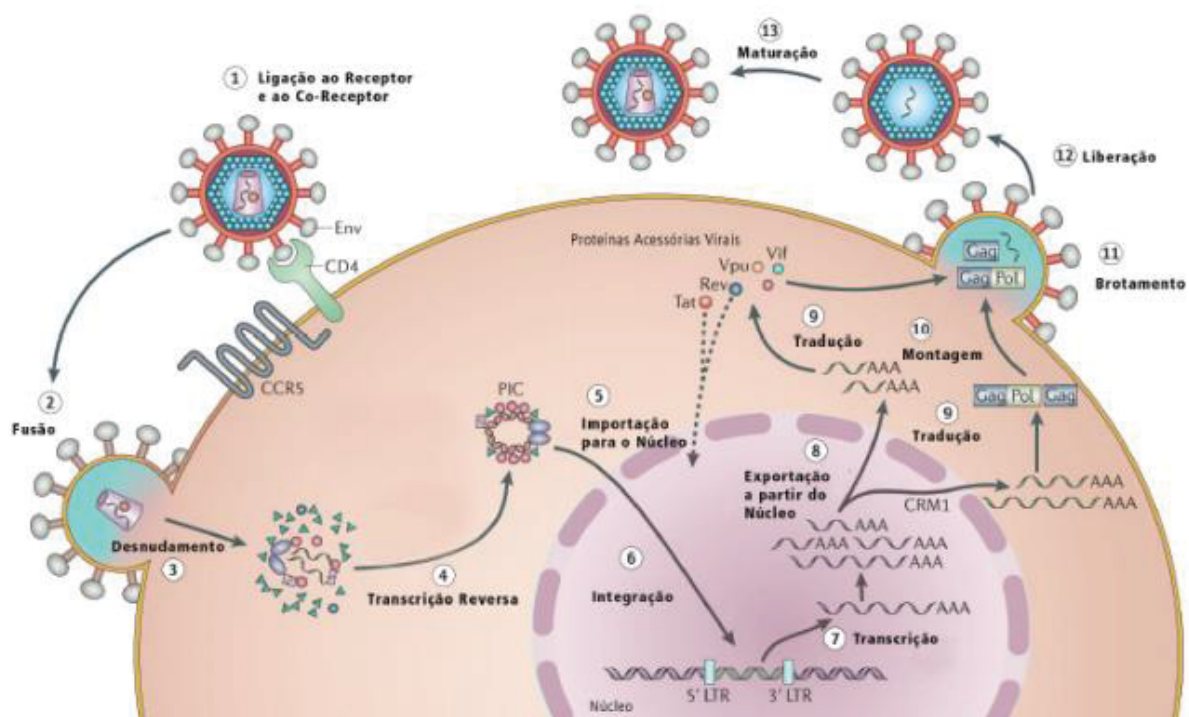
---

<sup>1</sup> Usuários de heroína injetável.

<sup>2</sup> Do inglês, profissionais do sexo.

suas sequências genômicas. O mais virulento e prevalente no mundo é o HIV-1, transmitido para os humanos por uma espécie de chimpanzé. O HIV-2 parece ser endêmico na África Ocidental e acredita-se que foi difundido a partir do macaco preto *Cercocebus atys*. (MURPHY, TRAVERS & WALPORT, 2010). Este é menos infeccioso em relação ao HIV-1 e possui baixa transmissão em países ocidentais. No entanto, também pode evoluir para a aids, apesar de demonstrar uma progressão mais lenta com uma fase assintomática mais longa. (BRASIL, 2017a). O ciclo de replicação do HIV está representado na FIGURA 1.

FIGURA 1 – CICLO DE REPLICAÇÃO DO HIV



FONTE: BRASIL, 2018a, p. 25.

LEGENDA: PIC – complexo pré-integração;  
CRM1 – manutenção região do cromossoma 1;  
AAA – calda de poliadenina.

De modo sucinto, as etapas da replicação do vírus compreendem:

- ① Adsorção de receptores virais à célula hospedeira pela ligação em correceptores da superfície celular;
- ② Fusão das membranas viral e celular;
- ③ Desnudamento, ou seja, liberação de RNA e proteínas virais no citoplasma da célula;
- ④ Transcrição do RNA viral em cDNA dupla fita, pela enzima transcriptase reversa;
- ⑤ Migração do cDNA para o interior do núcleo celular;

- ⑥ Integração do cDNA ao DNA da célula hospedeira pela enzima integrase, formando um provírus, que pode permanecer latente ou ser ativado para a síntese de novos vírus;
- ⑦ Transcrição do DNA em RNA mensageiro, após ativação da célula hospedeira;
- ⑧ Exportação do RNA mensageiro para fora do núcleo celular;
- ⑨ Tradução de proteínas virais a partir do RNA mensageiro no citoplasma da célula;
- ⑩ Montagem de vírions, que são partículas imaturas compostas de envelope glicoproteico, RNA mensageiro e poliproteínas virais;
- ⑪ Brotamento dos vírions, com a clivagem das poliproteínas pela enzima protease e formação de proteínas estruturais e enzimas;
- ⑫ Liberação de partículas virais;
- ⑬ Maturação das partículas virais com formação de novo HIV maduro e infeccioso, pronto para reiniciar a replicação em outra célula do hospedeiro. (BRASIL, 2018a; CUNICO, GOMES & VELLASCO JUNIOR, 2008; FERREIRA, RIFFEL & SANT'ANA, 2010; MURPHY, TRAVERS & WALPORT, 2010).

A infecção percorre amplas variações de apresentações clínicas, desde a fase aguda até o estágio avançado da doença. As primeiras semanas do contágio pelo vírus fazem parte da fase de infecção aguda, quando a viremia plasmática alcança níveis elevados e o indivíduo torna-se altamente infectante. Ao mesmo tempo que a carga viral (CV) aumenta, há uma queda importante de TCD4+, pois são estas as principais células onde ocorre a replicação viral. Nessa fase da doença, as manifestações clínicas, conhecida como Síndrome Retroviral Aguda (SRA), ocorrem geralmente entre a primeira e terceira semana após a infecção. Sintomas como febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia são comuns, embora náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais também possam estar presentes. A SRA é autolimitada e os sintomas tendem a desaparecer de três a quatro semanas. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2018b).

Na segunda fase, de latência clínica, o exame físico costuma ser normal, exceto pela linfadenopatia, que pode persistir após a infecção aguda. Anemia e leucopenia leves podem estar presentes. Enquanto a contagem de linfócitos TCD4+ permanece acima de 350 células/mm<sup>3</sup>, os episódios infecciosos mais frequentes são geralmente bacterianos, como as infecções respiratórias ou mesmo tuberculose. A medida que a infecção progride, os sintomas como febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga, diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, herpes-zoster, infecções bacterianas e lesões orais tornam-se mais frequentes. Nesse período, já pode ocorrer diminuição na contagem de TCD4+, situada entre 200 e 300 células/mm<sup>3</sup>. A candidíase oral é um marcador clínico precoce de imunodepressão



grave e a diarreia crônica e febre de origem indeterminada também são indicadores de evolução para aids. (BRASIL, 2018b).

A doença pode ser considerada instalada quando do aparecimento de infecções oportunistas ou neoplasias. Entre as infecções oportunistas mais comuns destacam-se a pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais frequentes são sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino em mulheres jovens. Nestas situações, a contagem de TCD4<sup>+</sup> está abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>, na maioria das vezes. Estima-se que em indivíduos não tratados o tempo entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos. (BRASIL, 2018b).

A transmissão viral ocorre pelo sangue e derivados e por relação sexual, além de ser transferido de mãe para o filho durante a gestação, conhecida com transmissão vertical. (RACHID & SCHECHTER, 2017). Na grande maioria dos indivíduos os anticorpos se desenvolvem até seis a doze semanas após a exposição ao vírus, momento em que os testes sorológicos podem confirmar o diagnóstico. (RACHID & SCHECHTER, 2017). O tratamento das PVHIV requer o uso por toda a vida dos medicamentos ARV, que são abordados no próximo tópico.

## 2.2 TERAPIA ANTIRRETROVIRAL COMBINADA

A terapia antirretroviral combinada (TARV) surgiu inicialmente nos Estados Unidos entre 1995 e 1997 reduzindo significativamente a mortalidade de pacientes com HIV. Ao longo dos anos, diversos medicamentos foram utilizados, surgindo fármacos cada vez mais potentes e com menos efeitos colaterais. (MURPHY, TRAVERS & WALPORT, 2010). No Brasil, a distribuição dos ARV pelo SUS foi garantida pela Lei Federal nº 9.313 de 1996, uma conquista importante ao considerar que a TARV reduz consideravelmente a morbimortalidade dos pacientes infectados pelo HIV e a transmissão do vírus. Neste cenário, a aids passou a ser tratada como uma doença crônica e potencialmente controlável. (BRASIL, 2010a; BRASIL 2010b). Contudo, o sucesso da terapia depende de diversos fatores, como determinantes socioeconômicos, questões que envolvem o acesso ao tratamento e aos serviços de saúde, características pessoais como a resposta imune e fatores comportamentais do indivíduo, principalmente a adesão ao tratamento. (BRASIL, 2010a).

Em 2013, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT) recomendou o início imediato de TARV para todas as PVHIV,

independentemente da contagem de TCD4+. (BRASIL, 2013). Naquela época, as pesquisas indicavam que as chances de transmissão viral para aqueles que seguiam adequadamente o tratamento eram mínimas, o que foi confirmado recentemente pela UNAIDS. As PVHIV com carga viral indetectável têm probabilidade insignificante de transmitir o HIV (indetectável = intransmissível), o que reforça a necessidade de início iminente de TARV. (UNAIDS, 2018).

Atualmente, são distribuídos no país 17 ARV de cinco classes terapêuticas, cujos mecanismos de ação e fármacos estão listados no QUADRO 1.

QUADRO 1 - CLASSES TERAPÊUTICAS, MECANISMOS DE AÇÃO E FÁRMACOS ARV

Classe Terapêutica	Mecanismo de Ação	Fármacos
<b>ITRN</b> Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos	Pró-fármacos análogos de nucleosídeos que necessitam de uma ativação (fosforilação) intracelular. Competem com os nucleosídeos fisiológicos, incorporando-se à cadeia de DNA viral e inibindo a replicação do vírus.	ABC - Abacavir D4T - Estavudina 3TC - Lamivudina TDF - Tenofovir AZT - Zidovudina
<b>ITRNN</b> Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos	Fármacos que agem por inibição direta, não competitiva, ligando-se no sítio catalítico da transcriptase reversa e inibindo a replicação do vírus.	EFV - Efavirenz NVP - Nevirapina ETR - Etravirina
<b>IP</b> Inibidores da Protease	Fármacos que possuem uma estrutura semelhante aos peptídeos virais que são substratos da protease, com elevada afinidade para o domínio ativo da enzima, inibindo sua atividade catalítica.	ATV - Atazanavir DRV - Darunavir LPV - Lopinavir RTV - Ritonavir TPV - Tipranavir
<b>IF</b> Inibidor de Fusão ou de Entrada	Inibem a fusão do vírus com a membrana celular, impedindo a liberação do conteúdo viral para o meio intracelular.	ENF - Enfuvirtida MVQ - Maraviroque
<b>INI</b> Inibidor da Integrase	Bloqueiam a enzima integrase, impedindo a integração do DNA viral ao DNA da célula hospedeira.	RAL - Raltegravir DTG - Dolutegravir

FONTE: Adaptado de BRASIL (2018b).

Os ITRNs são a classe mais antiga de ARV e que até hoje formam a base dos esquemas terapêuticos. (BERNAL, 2016). De acordo com o mais recente PCDT, a terapia deve iniciar com uma combinação de três fármacos, sendo dois ITRN associados com outra classe de ARV, geralmente ITRNN, IP com reforço de ritonavir (IP/r) ou INI. (BRASIL, 2018b). Atualmente o esquema preferencial é composto de 3TC/TDF e DTG, em administração única diária. A associação 3TC/TDF está disponível em coformulação e apresenta perfil favorável no que se refere à supressão viral, toxicidade e lipodistrofia, principalmente quando comparada ao AZT. (BRASIL, 2018b).

Antes de 2018, quando o DTG foi introduzido no país como parte da terapia inicial, o esquema recomendado era 3TC/TDF em associação com o EFV, que foi substituído devido às vantagens do DTG, principalmente pelos raros efeitos colaterais e pela alta potência e barreira genética, conceitos que serão definidos logo adiante. (BRASIL, 2018b). Pacientes que apresentam coinfeção com tuberculose devem substituir o DTG por EFV ou RAL, dependendo dos critérios de gravidade. O DTG também não é indicado para mulheres com desejo de engravidar pelo risco de má formação congênita, para usuários que façam uso de fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina e carbamazepina, bem como para menores de 12 anos. Para uso do DTG, um ajuste de horário deve ocorrer para pacientes que utilizem antiácidos e sais de cálcio ou ferro, assim como o fármaco pode aumentar a concentração plasmática da metformina, devendo-se avaliar um ajuste de dose. (BRASIL, 2018b). O TDF é contraindicado para pacientes com insuficiência renal pré-existente e utilizado com precaução para aqueles com diabetes, hipertensão arterial e osteoporose não controladas, podendo ser substituído por ABC ou AZT. (BRASIL, 2018b).

A quantificação da CV, representada pelo número de cópias de RNA viral no plasma, é a ferramenta mais confiável para monitorar a eficácia dos ARV e a adesão ao tratamento. Com os medicamentos mais modernos, pelo menos 80% dos usuários apresentam CV inferior a 50 cópias/mL depois de um ano de tratamento, o que usualmente se denomina de carga viral indetectável (CVI). Quando a CV é superior a esse valor, maior é a probabilidade de progressão da doença, de transmissão do vírus para outras pessoas e durante a gestação. Após o início da TARV, a CV deve reduzir a níveis indetectáveis, podendo aumentar novamente quando há falha terapêutica, conceito que também será abordado a seguir. (BRASIL, 2018b). Interessante destacar que, para o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), carga viral detectável refere-se àqueles resultados acima de 1000 cópias/mL (UNAIDS, 2015), diferente do referencial adotado no Brasil (50 cópias/mL), o que demonstra um maior nível de exigência nesse sentido.

Dois aspectos principais determinam a eficácia dos ARV: sua potência e a barreira genética à resistência. A potência diz respeito à capacidade com que o fármaco é eficiente para reduzir a CV a valores indetectáveis, em um período que geralmente varia de 10 a 14 dias após o início de uso. A barreira genética, entretanto, refere-se à facilidade com que o vírus se torna resistente ao ARV, o que está diretamente relacionado às mutações virais. Dessa forma, um fármaco que apresente alta barreira genética permitirá uma durabilidade de tempo maior daquele esquema terapêutico. (DIAZ, 2016).

Para algumas pessoas pode ocorrer falha terapêutica, cujo principal parâmetro para sua caracterização é a falha virológica, isto é, presença de carga viral detectável (CVD) em indivíduos que estavam em supressão viral, após seis meses de tratamento. Alguns fatores são associados com a falha virológica, sendo o principal deles a má adesão ao tratamento, que é caracterizada pela interrupção de uso dos ARV. Esquemas terapêuticos inadequados e fatores farmacológicos, como deficiências na absorção dos fármacos resultantes de quebra dos comprimidos ou interações medicamentosas, são outros motivos para a falha virológica, além da resistência do vírus aos medicamentos. (BRASIL, 2017a).

A resistência viral aos ARV é causada por uma mutação na estrutura genética do HIV, afetando a capacidade dos medicamentos de inibir a replicação do vírus. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Existem pelo menos duas possibilidades de ocorrer resistência viral: uma transmitida ou primária, e outra adquirida ou secundária. A primeira delas ocorre pela transmissão de vírus resistentes a alguns ARV, enquanto que a segunda é consequência de uma adesão inadequada em pacientes que estão em TARV. (BRASIL, 2017a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2003). Desse modo, a resistência pode ser consequência da falha terapêutica quando é provocada pela má adesão, ou causa, quando o excesso de tempo de uso de um ARV faz com que o vírus se torne resistente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2003).

Um relatório da Organização Mundial da Saúde, em 2017, mostrou dados preocupantes a respeito da resistência do HIV aos ARV, que vem crescendo em níveis significativos. Em seis dos onze países estudados, incluindo países da América Latina, mais de 10% dos indivíduos que iniciaram TARV apresentaram resistência a alguns medicamentos comumente utilizados, principalmente aos ITRNN como o EFV, podendo causar a contaminação de outras pessoas com estas cepas resistentes. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Mutações de resistência aos INI, contudo, são raras, um dos motivos pelos quais o Brasil adotou o DTG como fármaco de escolha no esquema inicial, conforme discutido anteriormente. (BRASIL, 2017a). No Brasil, um estudo de 2015 mostrou que a prevalência de mutações de resistência primária aos IP, ITRN e ITRNN foi de 9,5%, sendo 5,8% referente ao ITRNN. (BRASIL, 2018b).

A identificação precoce da falha terapêutica é fundamental para evitar graves consequências, principalmente o acúmulo de mutações de resistência aos ARV e perda de opções terapêuticas, devendo o paciente iniciar imediatamente uma terapia de resgate. (BRASIL, 2017a). Para diminuir as chances de uso de ARVs ineficientes e a definição de um esquema de resgate com maior possibilidade de supressão viral, recomenda-se um exame de

genotipagem para o HIV assim que a falha virológica for diagnosticada. Este teste, que utiliza a técnica de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR, na sigla em inglês), identifica a quais medicamentos o vírus do paciente é resistente e, portanto, contribui na definição da terapia de resgate na medida em que informa quais os ARV que não devem ser prescritos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2003).

A genotipagem pré-tratamento pode ser indicada de acordo com a prevalência de resistência primária do HIV-1 na população e tendo-se em consideração o custo-efetividade do teste. Gestantes e crianças infectadas pelo HIV, pacientes com coinfeção por tuberculose e pessoas que tenham se infectado com parceiro em uso de TARV são apontados como candidatos à genotipagem pré-tratamento. (BRASIL, 2018b).

Os esquemas de resgate atualmente são bastante eficazes, pois utilizam fármacos bem tolerados e com alta potência contra vírus resistentes. Basicamente, a escolha da composição e complexidade das terapias de resgate devem considerar o motivo da falha terapêutica, valores de CV e TCD4+ no momento da sua detecção, bem como se é uma falha de esquema inicial ou após múltiplas falhas aos ARV. (BRASIL, 2018b).

Para resgate de primeira falha, recomenda-se optar por um IP potencializado com RTV ou um INI, tendo como primeira opção da classe o ATV e o DTG, respectivamente. Para resgate após múltiplas falhas, as opções são os ARV de uso restrito, que incluem o DRV e TPV como IPs, ETR como ITRNN e ENF e MVC como IF. (BRASIL, 2018b). Para serem dispensados, estes fármacos necessitam de aprovação de Comitê Técnico do Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR), constituído por médicos especialistas e farmacêuticos que, dentre outras atribuições, avaliam e emitem parecer das prescrições de ARV de uso restrito. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ, [2006?]; CONGRESSO BRASILEIRO DE HIV/AIDS, 2017).

Apesar de todos os esforços para que as PVHIV estejam em TARV e em supressão viral, ainda existem milhões de pessoas sendo contaminadas e convivendo com o vírus, conforme apresenta o item 2.3 sobre os aspectos epidemiológicos da doença.

## 2.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO HIV/AIDS

De acordo com dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), em 2018 havia 37,9 milhões de pessoas vivendo com o HIV/aids no mundo, com uma concentração de 54,3% no leste e sul africanos. Foram 1,7 milhão de novos casos no mesmo ano, sendo mais da metade nas populações-chave e seus parceiros sexuais, que incluem

homens que fazem sexo com homens<sup>3</sup> (HSH) e homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, transexuais e pessoas privadas de liberdade. (UNAIDS, 2019a). A definição dessas classes como sendo de risco para a infecção pelo HIV leva em consideração fatores comportamentais e sobretudo estruturais, tornando-os mais vulneráveis à doença. (BRASIL, 2017b).

A infecção em mulheres até 24 anos vem reduzindo nos últimos anos, apesar de ainda ser muito preocupante a estatística que aponta para 6.000 novos casos de HIV por semana, entre meninas adolescentes e mulheres jovens. (UNAIDS, 2019a).

Estima-se que 23,3 milhões de pessoas estavam em TARV em 2018 e, destas, aproximadamente 86% alcançaram a supressão viral. Enquanto a estimativa de PVHIV aumenta ao longo dos anos, a mortalidade por aids vem caindo desde 2005. (UNAIDS, 2019b).

Sob o aspecto da distribuição espacial dos casos de HIV/aids no Brasil, pode-se dizer que a epidemia passou por três fases desde o primeiro diagnóstico na década de 80. Entre os anos de 1980 e 1985 as PVHIV concentravam-se predominantemente nas capitais das regiões Sul e Sudeste. Na década seguinte, até 2004, começaram a aparecer casos no Nordeste e Centro-Oeste, e de 2005 até o momento há notificação em todo o território nacional. (BRASIL, 2017b).

A aids é de notificação compulsória desde 1986, mas para a infecção pelo HIV passou a ser obrigatória somente em 2014. Entre o período de 1980 e junho de 2019 foram identificados 966.058 casos de aids no Brasil, com uma média anual de 39.000 casos nos últimos cinco anos. De 2007 até junho de 2019 foram notificados 300.496 casos de infecção pelo HIV, sendo a região sudeste com maior prevalência, seguida da região sul. Foram identificados nesse mesmo período, 69% de casos em homens e destes, 51,3% decorrentes da exposição homossexual ou bissexual. Diferentemente, dentre as mulheres, as que se infectaram por relações heterossexuais corresponderam a 85% dos casos. A faixa etária predominante é de 20 a 34 anos, a maior parte dos casos possuía ensino médio completo e 49,7% eram negros. (BRASIL, 2019a).

Em 2018, foram 43.941 novos casos de HIV e 37.161 de aids, observando-se uma taxa de detecção de aids que vem reduzindo, passando de 21,4 para 17,8 para cada 100 mil habitantes, em 2012 e 2018, respectivamente. Isso ocorreu em parte devido à recomendação de início imediato de TARV para todos os pacientes com diagnóstico positivo, independente da CV ou contagem de TCD4+, em 2013. Possivelmente pelo mesmo motivo, a taxa de mortalidade por aids também sofreu uma diminuição de 22,8% entre 2014 e 2018. (BRASIL,

---

<sup>3</sup> Homens que se envolvem em atividades sexuais com outros homens, independentemente de como se veem, sendo que muitos não se reconhecem como gays, homossexuais ou bissexuais. (BRASIL, 2017a).



2019a). Até 1996 a mortalidade de PVHIV no país era causada em sua maioria por doenças originadas pela baixa imunidade. Contudo, após o surgimento dos ARV, houve uma mudança nesse perfil e as razões de óbito passaram a evidenciar doenças resultantes do efeito adverso dos medicamentos, como problemas cardiovasculares, diabetes e perda de função renal. (BRASIL, 2007a). Desde o início da epidemia até 2018, foram notificados no país 228.905 óbitos decorrentes do HIV/aids como causa principal, observando-se uma queda de 24,1% no coeficiente de mortalidade entre 2008 e 2018. A razão de sexos registrada em 2018 foi de 20 óbitos em homens para 10 mulheres. (BRASIL, 2019a).

Em um período de 10 anos, entre 2008 e 2018, houve um aumento importante de 62,2% e 94,6% na taxa de detecção de aids entre homens de 15 a 19 e 20 a 24 anos, respectivamente, o que fez com que esse grupo se tornasse vulnerável. Entre as mulheres, houve queda em todas as faixas etárias. (BRASIL, 2019a).

A principal via de transmissão do HIV é sexual, independente do gênero. A infecção por injetáveis em usuários de drogas é a segunda categoria de exposição mais prevalente, embora esteja diminuindo ao longo dos anos no Brasil. (BRASIL, 2019a).

No final de 2013, com o apoio da UNAIDS, foi lançada a Meta 90-90-90, cuja proposta era intensificar os esforços para eliminar a epidemia de aids no mundo até 2030. Por essa meta, espera-se que, até 2020, 90% de todas as pessoas com HIV saibam que tem o vírus, 90% das diagnosticadas estejam em tratamento antirretroviral e 90% destas tenham supressão viral. (UNAIDS, 2015). Dados de 2019 demonstram que, das aproximadamente 900 mil pessoas que convivem com o HIV no Brasil, 766 mil foram diagnosticadas (85%), o que indica que mais de 100 mil pessoas desconhecem o diagnóstico e podem estar transmitindo o vírus. Havia 594 mil usuários em TARV, o que significa 77,5% dos diagnosticados, e destes, 93,3% estavam em supressão viral. (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2020). Esses dados, portanto, permitem inferir que o Brasil atingiu a última etapa da Meta 90-90-90, indicando que a ampliação da testagem para o vírus e a retenção das pessoas no serviço de saúde para tratamento são as fragilidades nesse sistema.

No Estado do Paraná, a taxa de detecção de aids reduziu 36,6% de 2008 para 2018, atingindo 16,6 casos para 100.000 habitantes, sendo a menor taxa dentre os estados do sul do país. De 2007 a 2019 foram notificados no SINAN 18.267 casos de HIV no Paraná, sendo 1.085 em 2019. O número de óbitos tendo a aids como causa única somaram 14.015 entre 1980 e 2018, havendo uma redução do coeficiente de mortalidade por aids por 100.000 habitantes de 4,8 em 2008 para 3,7 em 2018. (BRASIL, 2019a).



Curitiba apresentava, em 2018, 15.973 pessoas vivendo com HIV/aids. Desde o início da epidemia até 2018, foram declarados 12.868 casos de aids e 7.022 notificações de infecção pelo HIV. A taxa de detecção de aids foi de 12,2 casos para cada 100 mil habitantes, e de HIV 40 casos para cada 100 mil habitantes. Observa-se uma relação de três casos de HIV para um de aids, indicando que os diagnósticos estão sendo realizados precocemente. Reforçando os dados nacionais, há uma elevada prevalência de casos de HIV entre homens, o que pode ser demonstrado pelo crescimento de 165% entre os anos de 2010 e 2018. Nas mulheres há uma tendência de estabilização nos casos de HIV nos últimos anos, com uma redução nas notificações de aids desde 2015. (CURITIBA, 2018a).

Ao se avaliar a prevalência de casos de HIV/aids, a faixa etária mais frequente independente do gênero, está entre 30 e 39 anos. Observa-se um crescimento de cinco vezes na taxa de detecção de HIV/aids entre os homens de 20 a 29 anos, passando de 55,5 por 100 mil habitantes em 2005 para 279,5 por 100 mil habitantes em 2015. (CURITIBA, 2018a). Apesar da ampla distribuição de TARV desde a década de 90, a taxa de mortalidade permanece estabilizada principalmente desde 2016, com uma discreta diminuição em 2018. (CURITIBA, 2018a).

Em 2017 Curitiba foi a primeira cidade do país a receber o Certificado de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, o que se deve à qualidade da assistência em saúde para as mulheres e recém-nascidos por meio da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida. (CURITIBA, 2018a; CURITIBA, 2018b). Este programa assistencial, que surgiu em 1999 com o nome de Mãe Curitibana, presta assistência à mulher durante o pré-natal, no parto e puerpério, sendo uma referência em nível nacional e internacional. (CURITIBA, 2018b).

O quantitativo de testes para HIV realizados na capital está em constante crescimento, podendo ser realizado em todas as Unidades de Saúde da rede pública, o que é um fator importante para atingir a primeira etapa da meta 90-90-90 e um diagnóstico cada vez mais precoce da doença. Praticamente todos os pacientes diagnosticados estão em TARV na capital, com um tempo médio, em 2018, de 32 dias entre o primeiro exame de TCD4+ e o início do tratamento, período reduzido substancialmente quando comparado ao ano de 2014, que era de 162 dias. (CURITIBA, 2018a).

Em 2016, Curitiba tinha 96,5% das pessoas com HIV diagnosticadas, 63,8% estavam em TARV e 94% com carga viral indetectável, demonstrando que a primeira e última etapas da meta 90-90-90 foram alcançadas, comprovando que a população de fato tem amplo acesso ao diagnóstico e a grande maioria dos usuários estão em supressão viral. A fragilidade está nos

processos de vinculação e retenção nos serviços de saúde para início e manutenção do tratamento. (CURITIBA, 2018a).

## 2.4 POLÍTICAS NACIONAIS DE PREVENÇÃO À AIDS E CUIDADO ÀS PVHIV

A Política Nacional de DST/aids foi proposta em 1999 com o objetivo de subsidiar ações de saúde voltadas para essa doença, visto ser dever do Estado promover condições para o controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e enfrentamento da epidemia de aids no país. (BRASIL, 1999). As ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis é coordenada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. É formada por cinco departamentos, dentre eles o Departamento de Doenças Transmissíveis de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, responsável pelas políticas públicas voltadas para prevenção do HIV e cuidado às PVHIV. (BRASIL, 2019a).

No que se refere às práticas para prevenção da doença, o modelo atual seguido pelo Brasil está expresso na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que considera o cuidado e a atenção ao indivíduo em sua integralidade e complexidade sociocultural. (BRASIL, 2017a). A estratégia adotada para a prevenção do HIV/aids é a Prevenção Combinada, que faz o uso associado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem. As ações levam em consideração suas necessidades e especificidades, assim como formas de transmissão do vírus, trazendo diferentes abordagens para uma estratégia conjunta. (BRASIL, 2017d).

As intervenções biomédicas incluem ações que reduzem o risco à exposição das pessoas ao HIV impedindo a transmissão do vírus. Algumas práticas dentro desse contexto compreendem o uso de preservativos, como métodos de barreira física, ou a estratégia conhecida como “tratamento para todas as pessoas”, que consiste no uso regular dos ARV para limitar a capacidade de novas infecções. Para indivíduos não infectados, há a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) em que os indivíduos fazem uso de ARV. Na PrEP os medicamentos são utilizados antes da exposição ao HIV por período indefinido, sendo indicado, por exemplo, para casais soro diferentes, profissionais do sexo, pessoas trans e HSH. A PEP por sua vez é indicada após a exposição e por um período de 28 dias. (BRASIL, 2017b).

Por outro lado, as intervenções comportamentais apresentam como foco a conduta dos indivíduos como forma de evitar situações de risco, oferecendo a estes e seus segmentos sociais um conjunto amplo de informações e conhecimentos. As estratégias nesse sentido devem incentivar mudanças comportamentais na pessoa e na comunidade à qual está inserida. Como exemplos, pode-se citar o incentivo à testagem, vinculação e retenção aos serviços de saúde, adesão às intervenções biomédicas e formas de comunicação e educação entre pares. (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2017b).

As intervenções estruturais, por fim, são voltadas para fatores e condições socioculturais que podem interferir na vulnerabilidade dos indivíduos ou grupos sociais ao HIV, envolvendo preconceito, estigma ou discriminação. Incluem-se nesse caso ações de enfrentamento ao sexismo, LGBTfobia e demais preconceitos, assim como campanhas educativas de conscientização e promoção da defesa dos direitos humanos. (BRASIL, 2019b). A combinação dessas intervenções tem por objetivo oferecer outros métodos de prevenção além dos clássicos, bem como identificar precocemente a sorologia para início da TARV como forma de prevenir novos casos. (BRASIL, 2017a).

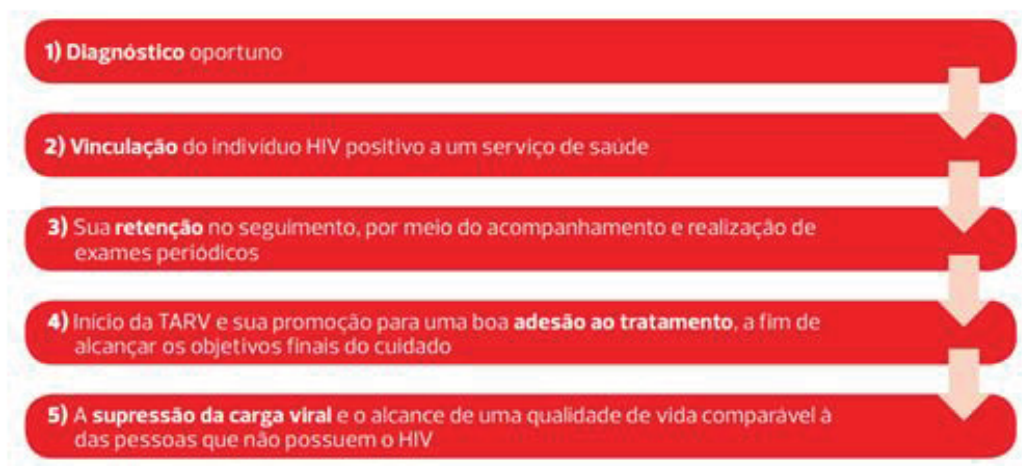
Os subgrupos mais afetados considerados populações-chave para as estratégias de prevenção são os gays e HSH, pessoas trans<sup>4</sup>, usuários de drogas e álcool, profissionais do sexo e pessoas privadas de liberdade. Essas populações apresentam taxa de prevalência da doença superior à média nacional. Além destes, como prioridade ainda estão os jovens, negros, moradores de rua e índios, que representam segmentos populacionais com vulnerabilidade ao HIV e merecem especial atenção. Para essas populações, as ações de prevenção são mais intensas e direcionadas, embora todos os usuários da Atenção Básica devem ter acesso a prevenção combinada. (BRASIL, 2017a).

Entretanto, uma vez infectado pelo vírus, inicia-se o processo de cuidado contínuo às pessoas que vivem com a doença, que inclui os diferentes momentos descritos na FIGURA 2. Esse processo, denominado de cascata de cuidado contínuo ao HIV, é utilizado internacionalmente para estabelecer ações locais de enfrentamento da doença e tem por objetivo demonstrar as cinco etapas que levam ao acesso à saúde, desde a infecção até a supressão viral. (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2017c).

---

<sup>4</sup> Trans: pessoas cuja identidade e expressão de gênero não estão em conformidade com as normas e expectativas tradicionalmente associadas com sua genitália de nascimento. (BRASIL, 2017a).

FIGURA 2 – PROCESSO DE CUIDADO CONTÍNUO ÀS PVHIV



FONTE: BRASIL, 2018b, p. 33.

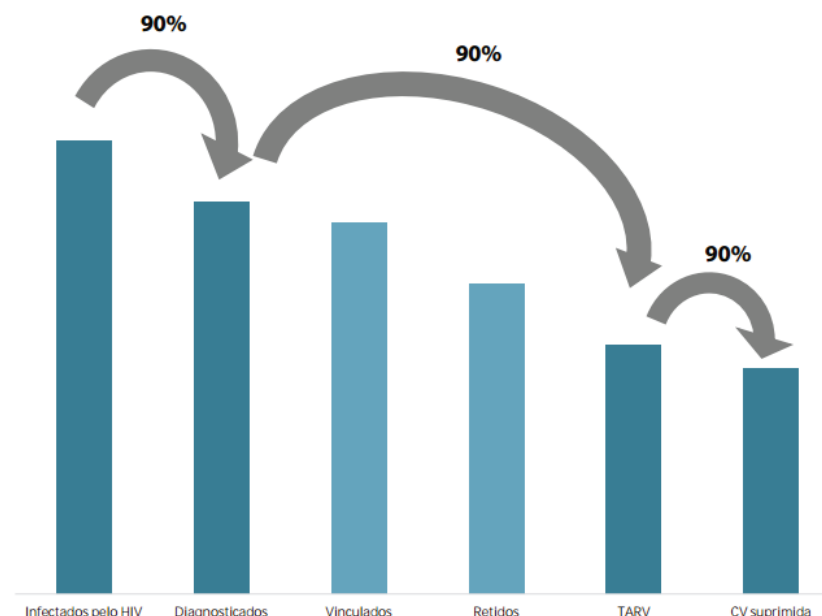
A vinculação, retenção e adesão são momentos que se relacionam com os serviços de saúde que prestam atendimento aos usuários com HIV/aids. (BRASIL, 2018b). A vinculação refere-se ao primeiro contato do usuário no serviço após seu diagnóstico, e consiste no acolhimento, orientação, direcionamento e encaminhamento dessa pessoa para a realização de consulta e exames. O desfecho principal dessa fase é a realização da primeira consulta e início o mais rápido possível da TARV. (BRASIL, 2018b).

A retenção refere-se ao processo de acompanhamento clínico regular e contínuo no serviço de saúde após a vinculação, mantendo corretamente o seguimento do tratamento. Um usuário retido é aquele que faz consultas, exames e retira seus medicamentos periodicamente. (BRASIL, 2018b). Por fim, a adesão consiste no uso correto dos antirretrovirais do modo mais próximo à recomendação da equipe de saúde, mantendo os horários e doses. (BRASIL, 2018b). Recomenda-se uma adesão de 80% para garantir a supressão viral, que é considerada para pessoas há pelo menos seis meses em TARV e com carga viral abaixo de 50 cópias/mL. (BRASIL, 2018b).

A cascata do cuidado contínuo ao HIV é geralmente elaborada em nível regional e apresentada em forma de um gráfico de barras que representa o número de indivíduos inseridos em cada etapa. A visualização do gráfico favorece a análise reflexiva sobre onde estão as falhas no processo e sobre as causas desses fatores, com o objetivo de subsidiar os gestores locais na reestruturação dos serviços, alocação de recursos e direcionamento de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas. (BRASIL, 2017c). As etapas da cascata ainda permitem fazer uma correlação com os parâmetros avaliados na meta 90-90-90, sendo uma importante estratégia

que os estados e municípios podem utilizar para analisar a evolução dos resultados esperados pela meta, como demonstra a FIGURA 3.

FIGURA 3 – CORRELAÇÃO DA CASCATA DE CUIDADO CONTÍNUO AO HIV COM A META 90-90-90



FONTE: BRASIL, 2017c, p. 10.

No contexto das políticas públicas, a resposta positiva ao HIV e aids exige ações nos diversos programas e níveis de atenção do SUS. A integração de serviços especializados com a Estratégia Saúde da Família e de agentes comunitários de saúde é essencial para garantir a equidade e integralidade no cuidado. Além disso, deve-se otimizar as competências do sistema de saúde envolvendo as áreas técnicas relacionadas com IST e aids e a atenção básica, nos âmbitos federal, estadual e municipal, num processo compartilhado e articulado. (BRASIL, 2007b).

#### 2.4.1 Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais e Sistemas Eletrônicos de Informação

Conceitua-se dispensação como:

“...o ato de proporcionar um ou mais medicamentos ao paciente, mediante apresentação de prescrição elaborada por profissional autorizado, sendo o farmacêutico, devidamente treinado e capacitado, o responsável pelas devidas orientações quanto a doses, posologia, interações e reações adversas, contribuindo para a adesão ao tratamento, resguardados o sigilo e a confidencialidade. (...) A dispensação é um ato profissional complexo e deve ser considerada como suporte para realizar atividades de orientação e atenção farmacêutica.” (BRASIL, 2010b, p. 87)

A dispensação dos medicamentos ARV ocorre em farmácias das unidades de saúde que prestam assistência aos pacientes com HIV/aids, chamadas Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDMs). Estas estão distribuídas em todas as regiões do país e localizadas em serviços que prestam atendimento aos pacientes, como o Serviço de Assistência Especializada, Centro de Testagem e Aconselhamento, Hospitais Universitários e Hospital Dia. Suas ações são orientadas ao medicamento, para a guarda, conservação, controle e armazenamento, além de outras voltadas ao paciente, como a dispensação e orientação quanto à utilização do medicamento. (BRASIL, 2004).

A UDM é um local importante para se trabalhar a adesão à TARV porque é nela que ocorre o último contato do paciente com os serviços de saúde, oportunizando a intervenção do farmacêutico e sua equipe, que podem auxiliar a maximizar a efetividade dos ARV. (BRASIL, 2004). Para os profissionais de saúde das UDMs recomenda-se que sejam consideradas estratégias promotoras de adesão a TARV, incluindo orientações de uso e conservação dos ARV, identificação e manejo de eventos adversos, além de gerenciamento e abastecimento logísticos para garantir acesso aos medicamentos e insumos necessários à demanda. (BRASIL, 2010b).

Nas UDMs, algumas dimensões do cuidado, sejam técnicas ou de disponibilidade de recursos, devem ser objeto de preocupação no trabalho cotidiano dos profissionais envolvidos na dispensação e assistência farmacêutica. Especialmente para pacientes com HIV/aids, um ambiente de confiança e sigilo entre profissionais e usuários requer que toda a equipe adote uma postura de escuta, acolhimento e respeito, compartilhando informações claras e objetivas sobre o medicamento e seu uso e contribuindo de forma solidária para a autonomia e o autocuidado. Ainda, como parte da estratégia de garantia do acesso universal ao tratamento da infecção por HIV/aids, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais preconiza o uso racional de ARV. (BRASIL, 2010b).

No Brasil, atualmente existem 1.043 UDMs que estão distribuídas nas Regionais de Saúde dos Estados, de acordo com a organização da assistência farmacêutica de cada região do país. No Paraná, estão lotadas 34 unidades, sendo seis em Curitiba e nove na Região Metropolitana do município. (SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS, 2020). De acordo com dados do CEMEPAR<sup>5</sup>, em outubro de 2020 Curitiba apresentava 17.110 usuários cadastrados nas UDMs da cidade, sendo 5.191 no Centro

---

<sup>5</sup> DIAS, F.A. [Mensagem de trabalho]. Mensagem recebida por: <camilaklocker@gmail.com>. 15 out. 2020.

de Orientação e Aconselhamento (COA), 4.098 no Hospital Oswaldo Cruz, 2.459 no Centro de Especialidades Vila Hauer, 2.442 no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 1.667 no Centro de Especialidades Santa Felicidade e 1.253 no Centro de Especialidades Salgado Filho. Ressalta-se que nos hospitais citados, os atendimentos não são exclusivos para pacientes residentes na capital, mas também de usuários provenientes de cidades da Região Metropolitana de Curitiba.

Dentro do SUS diferentes sistemas eletrônicos de informação são utilizados para armazenamento de dados de pacientes com HIV/aids e estão listados no QUADRO 2. O SICLOM é o sistema utilizado nas UDMs do país e, em 2015, passou a importar dados laboratoriais de carga viral do SISCEL.

QUADRO 2 – SISTEMAS ELETRÔNICOS DE INFORMAÇÃO QUE APRESENTAM DADOS DE PVHIV

Sistema Eletrônico	SIGLA	Descrição
Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV	SISCEL	Armazenamento do histórico dos exames de linfócitos T e CV. As informações podem ser acessadas pelos laboratórios públicos, pelas coordenações estaduais e municipais de IST e aids.
Sistema e Informação para Rede de Genotipagem	SISGENO	Armazenamento do histórico de pacientes, liberação de exames de genotipagem de HIV-1 e emissão de pareceres médicos. Pode ser acessado por laboratórios executores e médicos referência em genotipagem credenciados pelo MS.
Sistema de Monitoramento Clínico das PVHIV/aids	SIMC	Visualização e monitoramento de PVHIV que não iniciaram TARV, que iniciaram o tratamento mas tiveram mudança de terapia nos últimos seis meses, e indivíduos com CVD. Disponível para coordenadores estaduais e municipais de IST e aids e coordenadores de grupos de vigilância epidemiológica e de regionais de saúde.
Sistema de Controle Logístico de Medicamentos	SICLOM	Gerenciamento logístico dos ARV, cadastro de usuários de TARV, informações clínico-laboratoriais e esquemas terapêuticos. Pode ser acessado pelos profissionais das UDMs e coordenadores estaduais e municipais de IST e aids.
Sistema de Informação de Agravos de Notificação	SINAN	Notificação de casos de HIV, aids, hepatites virais e algumas ISTs. Controle, registro e processamento desses dados.
Sistema de Informação sobre Mortalidade	SIM	Coleta de dados sobre a mortalidade no país, não exclusivo de PVHIV.
Sistema Laudo	LAUDO	Impressão de laudos e resultados do SISCEL, SISGENO e histórico terapêutico de pacientes. Disponível para profissionais solicitantes de exames (médicos e enfermeiros).

FONTE: DEPARTAMENTO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (2020); BRASIL (2018b).



#### 2.4.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Cuidado às PVHIV

O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 338/2004, definiu Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como item central. Deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos recursos humanos e dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004; BRASIL, 2007b).

O sucesso na luta contra a epidemia de aids no Brasil, demonstrado pela redução dos índices de mortalidade e morbidade a partir de 1996, foi sustentado pela organização da rede de serviços, pela disponibilização de medicamentos ARV, além de ações de prevenção desenvolvidas. No país, o MS por meio de seus departamentos é o responsável pela política pública nessa área, orientando o tratamento de indivíduos com HIV/aids, apoiando projetos de organismos não governamentais e promovendo a adoção de estratégias de melhoria da adesão à TARV na rede de serviços de atendimento a esses pacientes. As orientações para o tratamento seguem documentos que constituem as Recomendações para TARV em Adultos, Crianças e Adolescentes e em Gestantes, elaboradas por comitês assessores formados por especialistas da área, representantes da sociedade civil e de sociedades médicas. Essas recomendações são revistas e atualizadas à medida que novas drogas são registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou que novas evidências demonstrem necessidade. (BRASIL, 2010a).

As ações assistenciais e de tratamento devem ser articuladas com uma adequada política científica e tecnológica, garantindo a realização de pesquisas que assegurem as evidências necessárias para a tomada de decisões fundamentadas na rede do SUS. Por essa razão, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais tem feito esforços para estimular a produção científica sobre a adesão, apoiando projetos de pesquisa em diversas esferas de conhecimento relacionadas ao tema, como comportamental, epidemiológica, clínica e social, com distintas abordagens metodológicas. A estratégia de incorporação e disseminação de resultados foi construída a partir da formulação de indicadores assistenciais e de pesquisa, visando ao monitoramento contínuo e a avaliação da utilização de evidências científicas como subsídio para a formulação de políticas e ações de saúde. (BRASIL, 2010b).



O financiamento dos programas de assistência farmacêutica públicos é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS: a União, os estados e municípios. A alocação de recursos federais para o financiamento da aquisição de medicamentos e insumos é realizada pelo Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, que compreende os Componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica. (AUREA et al., 2011), conforme apresenta a QUADRO 3.

QUADRO 3 - COMPONENTES DO BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E PROGRAMAS E ESFERAS RESPONSÁVEIS PELO FINANCIAMENTO

Componentes do bloco de financiamento	Programas de assistência farmacêutica	Responsáveis pelo financiamento
Componente básico	Atenção básica – elenco de referência	União, estados e municípios
	Hipertensão e diabetes	União, estados e municípios
	Insulina humana e insumos para insulínodpendentes	União, estados e municípios
	Asma e rinite	União, estados e municípios
	Saúde mental	União, estados e municípios
	Saúde da mulher, contraceptivos e correlatos	União
	Alimentação e nutrição	União, estados e municípios
	Combate ao tabagismo	União, estados e municípios
Componente estratégico	Controle de endemias	União
	<b>IST/aids – antirretrovirais</b>	União
	Sangue e hemoderivados	União
	Imunobiológicos	União
Componente especializado	Medicamentos de alto custo, para doenças específicas como doença de Parkinson, Alzheimer, hepatites B e C, pacientes renais crônicos, transplantados, portadores de asma grave e anemia.	União e estados

FONTE: Adaptado de AUREA et al. (2011).

Os medicamentos estratégicos, em que estão inseridos os ARV, são utilizados para doenças que configuram problemas de saúde pública e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores. Os medicamentos contra o HIV são apenas os ARV e o Ministério da Saúde é responsável integralmente pelo seu financiamento, aquisição e distribuição. Os demais medicamentos indicados para o tratamento da infecção pelo HIV e da aids, incluindo aqueles para combater infecções oportunistas, estão contemplados no componente básico da assistência farmacêutica. (AUREA et al., 2011).

Segundo dados do Ministério da Saúde de 2010, a organização da rede de serviços de referência voltados para pacientes com HIV/aids no Brasil contava com 636 serviços de assistência especializada, 434 hospitais de referência, 79 hospitais-dia e 54 unidades de atendimento domiciliar terapêutico. (BRASIL, 2010a).

No Paraná, o CEMEPAR é responsável pelo recebimento dos ARV, que são enviados pelo Almoxarifado Central de Medicamentos do Ministério da Saúde e/ou diretamente pelos laboratórios produtores, redistribuindo-os para as UDMs. Além disso, gerencia os estoques locais e acompanha o consumo e o histórico terapêutico dos pacientes. (PARANÁ, 2008). Em Curitiba, ao longo dos anos houve uma grande transformação com relação à assistência às PVHIV e aids. Um dos programas assistenciais de grande importância é o Programa Mãe Curitibana, lançado em 1999, que oferece a todas as gestantes atendidas na rede básica de saúde o teste anti-HIV, além de acompanhamento durante a gestação e parto. Em 2001, a testagem para o HIV passou a ser realizada em todas as unidades básicas de saúde e em 2002 houve o lançamento do protocolo “Atendimento inicial ao portador do HIV em Unidade Básica de Saúde”. (CURITIBA, 2014).

## 2.5 ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

A adesão a um tratamento pode ser definida como a extensão em que o comportamento do paciente corresponde às recomendações terapêuticas de profissionais de saúde, o que pode envolver o seguimento de uma dieta, mudanças no estilo de vida ou o uso de medicamentos, na dose e frequência prescritas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2013).

O conceito de adesão pode implicar em dois comportamentos que a princípio poderiam ter o mesmo significado, mas que originaram na literatura internacional dois termos distintos: *adherence* e *compliance*. No primeiro caso, as pessoas livremente optam por realizar planos comportamentais durante o tratamento, tendo envolvimento colaborativo no seu cumprimento e nos eventuais ajustes que se façam necessários. No segundo caso, a adesão é caracterizada pela extensão em que as pessoas obedecem, seguem instruções de uso ou prescrições, sem maiores envolvimento. O termo *compliance*, portanto, denota uma ação mais passiva que no primeiro caso, em que o paciente é sujeito ativo e participativo da sua situação de saúde. Muitos artigos ainda usam os dois termos de forma intercambiável, sem ressaltar a diferença motivacional existente entre eles. A importância dessa perspectiva é que a motivação do indivíduo é central para a maioria das teorias utilizadas para estudar o comportamento de saúde, para efeitos de qualquer previsão ou de mudança de comportamento. Grande parte dessas teorias têm o pressuposto de que as pessoas não são passivas, mas estão interessadas em planejamento e controle de suas próprias ações. (BRAWLEY & CULOS-REED, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Além do uso correto dos medicamentos, a adesão ao tratamento deve ser compreendida de modo integral, pois envolve outros procedimentos e comportamentos. Alguns fatores são importantes de serem considerados dentro desse contexto: o comparecimento às consultas agendadas com a equipe multidisciplinar, a realização de exames de seguimento em tempo oportuno, a retirada dos medicamentos na data prevista, o uso do medicamento na dose e horários corretos, a não interrupção do tratamento antes do tempo indicado e o não ajuste de dose por conta própria. (BRASIL, 2013).

As taxas de não adesão comumente encontradas para um tratamento farmacológico em geral variam de 30 a 70% dos casos, especialmente em regimes de tratamentos preventivos ao invés de curativos, nas situações em que não aparecem sintomas e quando a duração do tratamento é longa. (RAND, 1993). Para as doenças crônicas, definidas como aquelas que são permanentes e/ou causadas por alterações patológicas irreversíveis, a adesão é de aproximadamente 50%. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Uma pesquisa realizada no Brasil, com 14.358 indivíduos adultos distribuídos em todas as regiões do país, a respeito da adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas, indicou uma prevalência de baixa adesão em 30,8% da população. Os fatores associados com esse resultado foram variados, incluindo desde a quantidade de medicamentos utilizados e complexidade do tratamento até o nível de escolaridade e o custo dos medicamentos. (TAVARES et al., 2016).

No tocante à TARV, a adesão é fundamental para evitar o risco de falha virológica, a progressão para aids e o desenvolvimento de cepas virais resistentes, o que é reduzido quando o tratamento é conduzido adequadamente, promovendo aumento da sobrevida do paciente e melhora de sua qualidade de vida. (MCNABB et al., 2001; PRESS et al., 2002; KARON et al., 2001). Não menos importante, uma adesão adequada reduz potencialmente o risco de transmissão do HIV e leva a uma replicação viral mínima, o que é fundamental para o controle de novas infecções. (CHESNEY, MORIN & SHERR, 2000; PERNO et al., 2002; BONOLO, GOMES & GUIMARÃES, 2007).

No Brasil, a adesão ao tratamento do HIV/aids considera uma ampla abordagem devido à importância e complexidade das questões que envolve e constitui um dos maiores desafios na atenção às PVHIV. O tratamento demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão. Dessa forma, o seguimento terapêutico adequado é analisado a luz do conjunto das políticas públicas de enfrentamento da epidemia. (BRASIL, 2010a).

São inúmeros os fatores que determinam uma boa adesão, podendo-se citar aspectos relacionados ao paciente, ao profissional de saúde, à interação profissional-paciente, à doença, ao serviço de saúde e ao regime terapêutico. Por outro lado, a não adesão também pode ser motivada por diferentes razões, como àquelas inerentes ao tratamento, à complexidade da vida das PVHIV, aos contextos socioeconômicos desfavoráveis, ao limitado acesso à TARV e à ausência de intervenções eficazes para auxiliar os pacientes a se manterem em tratamento. Nesse sentido, os serviços de saúde são considerados locais privilegiados para realizar estas intervenções. (BONOLO, GOMES & GUIMARÃES, 2007).

Uma revisão sistemática sobre a adesão à TARV na América Latina e Caribe demonstrou que 70% das PVHIV nesta região apresentam adesão adequada, índice que pode ser comparado a outros países e regiões em desenvolvimento. Contudo, são taxas consideradas abaixo dos níveis necessários para a supressão viral a longo prazo. (COSTA et al., 2018). Resultado semelhante foi encontrado por Bonolo, Gomes e Guimarães (2007), que analisaram 43 estudos sobre adesão à TARV e observaram uma taxa média de 30,4% de não adesão.

No Brasil, a taxa de adesão mínima recomendada como adequada para uma resposta satisfatória na supressão viral reduziu de 95%, quando surgiram os primeiros ARV, para os 80% atualmente. Isto se deve às medicações mais modernas que apresentam maior potência e alta barreira genética à resistência. O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e Hepatites Virais, disponibiliza diretrizes e protocolos voltados para prevenção e tratamento do HIV, bem como estratégias para fortalecimento da adesão à TARV. (BRASIL, 2018b).

O Manual de Adesão ao Tratamento do HIV (BRASIL, 2008), aponta alguns fatores como sendo prejudiciais à adesão: complexidade do regime terapêutico, dificuldade de ingestão dos comprimidos, conflito de horários das doses com a rotina de vida, ausência de suporte afetivo e/ou material, baixa escolaridade, não aceitação da doença, depressão, ansiedade, efeitos colaterais, abuso de álcool e drogas ilícitas, relação insatisfatória com o médico e equipe de saúde, crenças negativas e informações inadequadas sobre a doença e o tratamento. Outro aspecto de destaque que pode ter impacto negativo no tratamento refere-se ao segredo que o usuário mantém sobre seu diagnóstico por receio de que terceiros desconfiem da sua condição de saúde. Esta situação pode trazer dificuldades ao paciente no cumprimento dos procedimentos que envolvem a terapia, como ir às consultas, buscar os ARV e tomá-los no horário correto. (BRASIL, 2008).

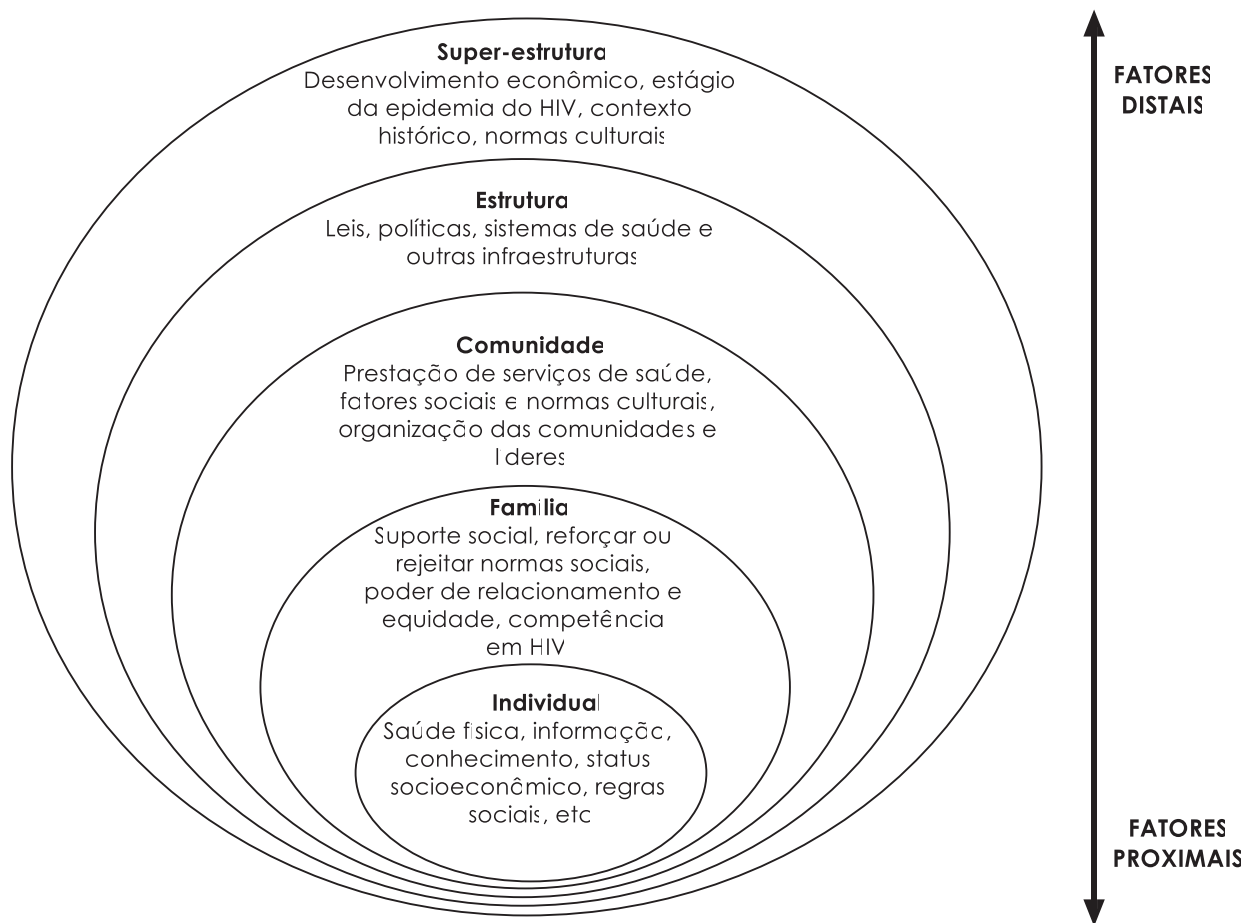
Uma revisão sistemática conduzida por Bonolo, Gomes e Guimarães (2007) apontou os seguintes aspectos como responsáveis para uma adesão inadequada: estresse psicológico,

utilização de drogas ilícitas e lícitas, depressão, disfunção neurocognitiva, não adaptação da terapia na rotina diária, percepção da severidade dos efeitos colaterais, utilização de mais de 12 comprimidos ao dia, compreensão inadequada do tratamento e dúvidas quanto à efetividade da TARV. Em contrapartida, ter acesso aos serviços de saúde foi o fator facilitador da adesão citado em todos os estudos consultados.

Por outro lado, são aspectos positivos na adesão: o acesso à informação sobre a doença e o tratamento, explicações didáticas com linguagem acessível, uso de estratégias de lembrança do horário das doses, positividade e capacitação contínua da equipe de saúde, acolhimento no serviço de saúde, boa relação com o médico, apoio social e fácil acesso à UDM. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2018b). Algumas estratégias que podem ser propostas para um fortalecimento da adesão aos ARV incluem o atendimento individualizado, participação em grupos de apoio e rodas de conversa, uso de porta-comprimidos, alarme para lembrança do horário das doses e uso de tabelas instrutivas para organização das medicações. (BRASIL, 2008).

A medida em que novos medicamentos foram surgindo ao longo dos anos, as dificuldades relacionadas com o uso dos ARV, como toxicidade e quantidade de comprimidos diários, foram reduzindo e tornando outras preocupações mais evidentes. (COSTA et al., 2018). Fatores sociais e estruturais em diferentes níveis de relação com os indivíduos são diretamente associados com a transmissão do vírus, vulnerabilidade e com os cuidados pós-diagnóstico, incluindo a adesão à TARV, conforme apresenta a FIGURA 4.

FIGURA 4 – FATORES SOCIAIS E ESTRUTURAIS INTERFERENTES NA VIDA DE PVHIV



FONTE: Adaptado de CAMPBELL et al. (2020), tradução nossa.

O apoio familiar nesse contexto de TARV é fundamental para auxílio das PVHIV terem condições de seguir adequadamente o tratamento inserido dentro de toda a complexidade da doença. No entanto, nota-se que outros fatores sociais mais distantes do contexto familiar, como os aspectos estruturais do local, são essenciais como apoio às intervenções individuais e familiares. Essa é uma das razões para a adesão à TARV ser tão amplamente discutida, pois a diversidade dos fatores envolvidos é imensa. (CAMPBELL et al., 2020).

Uma revisão sistemática conduzida por Bursh e colaboradores (2016) avaliou a relação do status socioeconômico dos usuários de TARV com a adesão ao tratamento, a supressão viral e a resposta imunológica. Foram utilizados como indicadores aspectos como escolaridade, renda, moradia e seguro de saúde. Os resultados mostraram que de 23 estudos, 12 indicaram relação significativa entre baixo nível educacional e não adesão. Também foi demonstrada a associação entre ausência de seguro de saúde e não adesão, além de que indivíduos com rendas menores apresentam tendência a ter uma adesão inadequada. Baseado nestes e em outros

achados, os autores destacaram a importância da condição socioeconômica dos usuários na relação com um seguimento terapêutico adequado. Enquanto o suporte social é um fator associado com a adesão, o desemprego e uso de álcool podem ser considerados barreiras importantes para a não adesão em muitos estudos. Além disso, o esquecimento de doses, mudanças na rotina, o estigma, percepção de doença e dificuldade de acesso aos serviços de saúde são situações que favorecem a interrupção do tratamento. (COSTA et al., 2018).

Usuários que gerenciam seu tratamento apresentam melhores condições de saúde pela construção de habilidades e conhecimentos individuais, somados à autoconfiança no enfrentamento da doença. O fortalecimento dessa atitude previne o agravamento da doença, reduz hospitalizações, melhora os resultados clínicos e consequentemente o aparecimento de comorbidades. Dentre as habilidades necessárias para o paciente manter-se saudável, além da evidente adesão à TARV, está a capacidade de gerenciar emoções negativas, resolução dos problemas que surgem ao longo do tratamento e o desenvolvimento de relacionamentos sociais e familiares positivos. (ARERI, MARSHALL & HARVEY, 2020).

No ponto vista macrorregional, a condição econômica e social dos países é outro aspecto cuja associação com a adesão à TARV é estudada, ratificando o que relata Campbell e colaboradores (2020) no que se refere à interferência de fatores comunitários e estruturais nesse processo (FIGURA 4). Apesar de os países menos desenvolvidos poderem alcançar o mesmo nível de adesão ou se sobressair quando comparados a países mais desenvolvidos, as diferenças entre as populações e disponibilidade de assistência médica devem ser observadas. Apesar de a adesão ser semelhante, o efeito na supressão viral parece ser menor em países de média ou baixa renda, talvez pela falta de constância no monitoramento clínico virológico. Em contrapartida, nos países de maior renda onde a população tem acesso a serviços públicos de qualidade ou utilizam serviços privados, outros fatores além da pobreza podem afetar a TARV, como depressão ou o uso de substância ilícitas e álcool. Dessa forma, o fortalecimento da adesão requer intervenções que considerem as fragilidades sociais e desigualdades socioeconômicas e no âmbito da saúde. (COSTA et al., 2018).

As estratégias de adesão preconizadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e Hepatites Virais são baseadas na humanização, integralidade e descentralização, que compõem as diretrizes do SUS. O início do tratamento, as trocas de terapia e a ocorrência de efeitos adversos são momentos essenciais de reforço à adesão ao tratamento. As orientações em relação à adesão devem iniciar antes mesmo do início da terapia, conforme as necessidades de cada paciente, e deve ser tratada como parte das discussões iniciais entre equipe de saúde e o paciente. A rotina de vida de cada usuário deve ser considerada para,



sempre que possível, adaptar o esquema de medicação com seu estilo de vida, e não o contrário, oferecendo assistência integral e respeito aos direitos do usuário. Recomenda-se que o planejamento para o tratamento seja elaborado junto ao usuário a fim de que haja sua participação ativa nas decisões, o que o torna mais propenso a aderir à TARV. (BRASIL, 2010a).

Diferentes estratégias adotadas por profissionais de saúde são citadas na literatura para estimular a adesão aos ARV. Chaiyachati e colaboradores (2014) relatam que algumas das medidas podem ser de caráter cognitivo comportamental e/ou educacional, assim como podem envolver uma terapia diretamente observada e o uso de dispositivos de lembrança do horário das doses, como alarmes e porta-comprimidos. Mbuagbaw, Bonono-Momnougui e Thabane (2012) investigaram o uso de mensagens de texto em aparelhos móveis, estratégia considerada positiva pelos usuários como uma ferramenta capaz de auxiliar na lembrança de uso dos medicamentos e como um fator motivador para o tratamento. Outras intervenções consideradas efetivas no fortalecimento da adesão compreendem o treinamento de habilidades relacionadas com o gerenciamento do tratamento, aconselhamento por telefone e instruções orais ou gráficas para a administração de sintomas indesejáveis. (ARERI, MARSHALL & HARVEY, 2020).

A participação do farmacêutico na equipe multidisciplinar é essencial para promover ações qualificadas de cuidado integral para a recuperação da saúde. Desde 1997, a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Federação Farmacêutica Internacional, tem reconhecido o papel relevante desses profissionais na luta contra a epidemia de aids por promover o desenvolvimento de uma boa prática de dispensação, aconselhamento individual, apoio no acompanhamento dos pacientes e na promoção da adesão. (BRASIL, 2010a).

Um estudo conduzido no Brasil em 2010 avaliou o impacto das intervenções farmacêuticas no acompanhamento de usuários em TARV. Foram utilizados os resultados clínicos laboratoriais como marcadores diretos e os problemas relacionados aos medicamentos como indicador indireto. Os pesquisadores demonstraram que pacientes assistidos pelo farmacêutico tiveram valores de TCD4+ aumentados e redução da carga viral (REZENDE et al., 2014), resultados que corroboram com os achados de Saberi e colaboradores (2012), que observaram ainda aumento na adesão às consultas médicas e redução de hospitalizações. Os problemas relacionados aos medicamentos também reduziram significativamente após o cuidado farmacêutico, assim como os efeitos tóxicos decorrentes do uso dos ARV. Demonstrou-se que o profissional não somente auxilia na manutenção da saúde das PVHIV, como também contribui com a equipe multiprofissional no fortalecimento da adesão. (REZENDE et al., 2014).



Martinez (2012) destaca que os resultados dos estudos que envolvem intervenções não podem ser estendidos a todas as PVHIV, pois a abordagem pode variar em função de diversos fatores, como faixa etária, grau de escolaridade e condição de saúde. A abordagem utilizada em um adulto não pode ser a mesma para um adolescente, por exemplo. Além disso, os estudos que avaliam os serviços de saúde são de grande validade nesse contexto, pois para a aplicação de um método de intervenção deve-se considerar o que estes locais podem oferecer. Assim, o desenvolvimento de medidas de estímulo à adesão aos serviços e à TARV, além de prioritárias, devem constituir objeto de ações contínuas e duradouras. (BRASIL, 2010a).

É recomendação da OMS que se avalie a adesão aos ARV durante cada contato com o usuário (MCMAHON et al., 2011). Entretanto, sua mensuração é difícil por ser um processo complexo e abrangente, não havendo um consenso sobre o melhor método para estimar a adesão individual aos ARV. (BRASIL, 2010a; MCMAHON et al., 2011; HENEGAR et al., 2015). As metodologias mais comuns incluem o autorrelato por meio de entrevistas estruturadas, informações de registros de farmácia, dispositivos eletrônicos de monitorização, dosagem de nível sérico terapêutico e métodos pictóricos, como registro diário de medicamentos e entrevistas autoaplicáveis. (BONOLO, GOMES & GUIMARÃES, 2007; BERG & ARNSTEN, 2006; HELENA, NEMES & ELUF NETO, 2008; SIMONI et al., 2006). Cada uma destas apresenta vantagens e desvantagens de acordo com os objetivos a que se propõem (STEINER & PROCHAZKA, 1997; BRASIL, 2010a; MCMAHON et al., 2011).

Técnicas que envolvem o autorrelato são simples de serem aplicadas e de baixo custo, mas podem superestimar a adesão (GUTIERREZ et al., 2012). Os dispositivos eletrônicos de monitorização são pouco utilizados pelo custo elevado, assim como os métodos com dosagem de nível sérico terapêutico. Além disso, ambos são de difícil aplicação em uma amostra significativa de pacientes (BEEN et al., 2017; HENEGAR et al., 2015; KOZMA et al., 2013). A análise de registros de farmácia costuma ser amplamente utilizada porque os dados de modo geral são facilmente acessados no serviço de saúde, apresenta baixo custo para execução e as informações são mais objetivas (MCMAHON et al., 2011, GRIMES et al., 2013). É um método considerado adequado com relação à confiabilidade e disponibilidade dos dados, sendo viável para o acompanhamento dos usuários em TARV. A validação desse método foi demonstrada por diversos estudos que mostraram a relação da adesão com resposta virológica (BOER et al., 2010). Seu princípio é simples e baseia-se em analisar se o usuário tinha doses suficientes do medicamento para todos os dias do mês. Entretanto, uma limitação da técnica refere-se à impossibilidade de o pesquisador garantir que o medicamento está sendo administrado, pois o fato de o usuário buscar o ARV não significa que irá utilizá-lo. (GRIMES et al., 2013).

Existem diferentes modo de calcular a adesão a partir dos registros de farmácia e cada um tem suas peculiaridades, podendo ser classificados em três categorias: contagem de comprimidos, taxa de posse de medicação e retirada de comprimidos. A contagem de comprimidos é realizada fora da rotina do serviço e considera a quantidade de ARV que o indivíduo tenha usado entre duas retiradas. Não é um método que utiliza autorrelato, mas sim sistemas de monitoramento como, por exemplo, dispositivos eletrônicos que conseguem contar os comprimidos dentro das embalagens ou que sinalizam após cada abertura. A taxa de posse de medicação mede a quantidade de tempo em que o indivíduo está de posse dos ARV e a retirada de comprimidos calcula se a quantidade de medicamento retirada corresponde ao total prescrito. (MCMAHON et al., 2011).

A maioria dos trabalhos utilizam somente um método de medição. No entanto, como estes são bastante diversificados e apresentam critérios distintos de medição, o Ministério da Saúde recomenda que se associem diferentes medidas de adesão para um resultado mais abrangente. (BRASIL, 2010a).

## 2.6 COMPORTAMENTO INFORMACIONAL HUMANO

A origem dos estudos sobre o Comportamento Informacional Humano (CIH) data de anos subsequentes ao fim da Segunda Guerra Mundial, quando houve um aumento na quantidade de literatura científica produzida no mundo. Em Londres em 1948, a Conferência de Informação Científica da Royal Society marcou o início do estudo moderno do comportamento dos indivíduos pela busca por informação, sendo um evento dedicado a discutir as fontes de informação do ponto de vista dos cientistas. As primeiras pesquisas abordavam usuários de bibliotecas e estudos com leitores, buscando conhecer as necessidades que levavam as pessoas a esse ambiente e como elas utilizavam a informação adquirida. (MCNINCH, 1948; WILSON, 2000).

Nessa época, os estudos enfatizavam os sistemas informacionais considerando a informação como algo externo, objetivo e que poderia ser utilizada do mesmo modo por diferentes indivíduos. O usuário era um ser passivo que deveria se adaptar aos sistemas da informação, que por sua vez eram planejados a partir da tecnologia e conteúdo da informação. A partir da década de 80 passou a existir uma maior compreensão da necessidade de uma abordagem centrada no usuário, em que os sistemas de informação é que devem se adaptar ao indivíduo, que de fato é quem irá utilizá-los. (WILSON, 2000; PEREIRA, 2011). Acredita-se

que a informação é construída pelo indivíduo porque este apresenta aspectos culturais, crenças, valores, necessidades afetivas e fisiológicas únicas, e, portanto, a informação só tem sentido quando integrada a este contexto. (PEREIRA, 2011).

Dessa forma, na década de 80 surgiram muitas pesquisas na área da Ciência da Informação buscando compreender as necessidades de informação dos usuários e seus comportamentos de busca e uso. Dentre estas pesquisas, alguns autores destacaram-se com seus modelos de estudo focados em diferentes abordagens, especialmente David Ellis, James Krikelas, Carol Kuhlthau, Robert Taylor, Tom Wilson e Brenda Dervin, que desenvolveu a abordagem *sense-making* (TABOSA & PINTO, 2016; WILSON, 2000), que está detalhada no item 3.3.1.1.

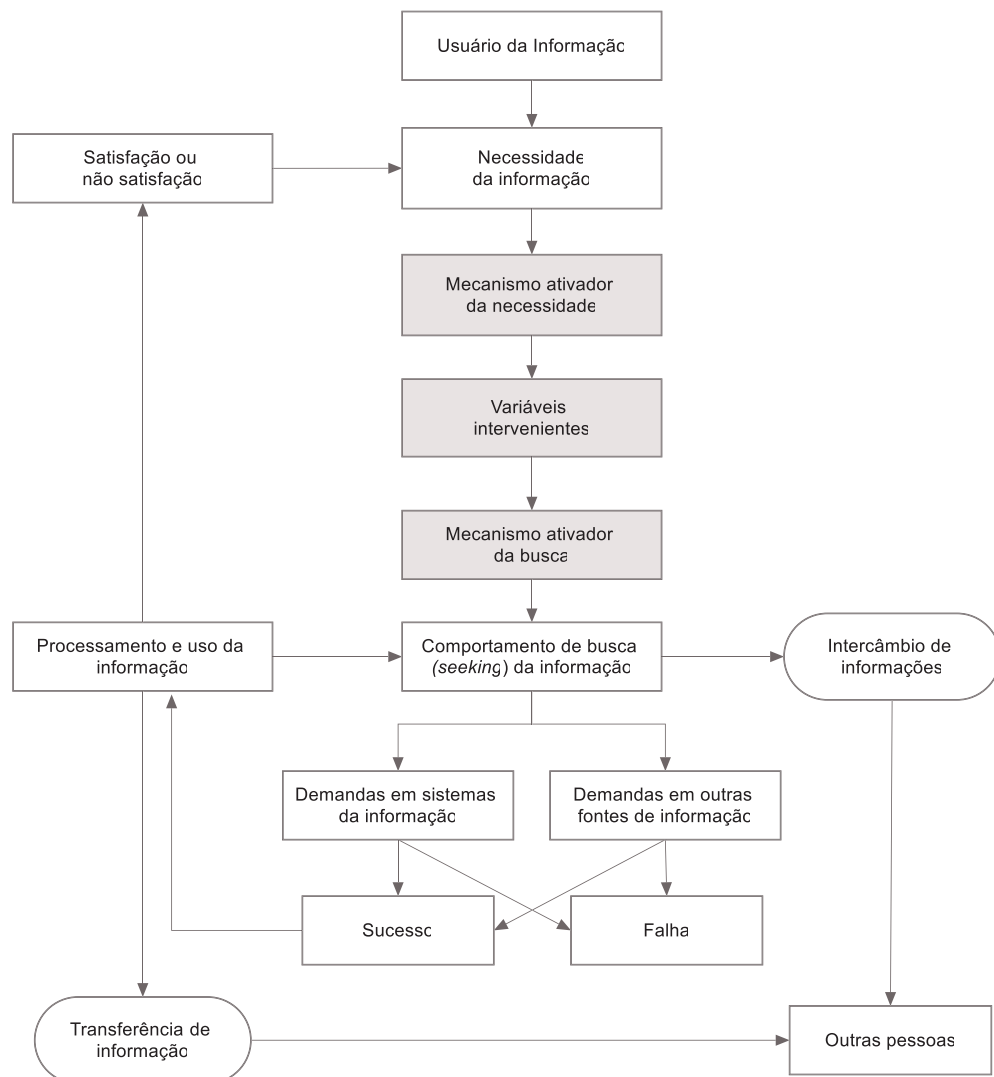
As pesquisas nessa área, portanto, procuram compreender três aspectos principais: o contexto que leva o indivíduo a reconhecer a necessidade da informação, os procedimentos para sua busca e como esta pode ser usada para resolver um problema, criar um significado ou tomar uma decisão. (WILSON, 2000; PEREIRA, 2011). O desconhecimento destes aspectos oportuniza o desenvolvimento de produtos e serviços, muitas vezes com investimentos tecnológicos ou de infraestrutura, que podem no final não serem utilizados pelos usuários. (TABOSA & PINTO, 2016).

Diversas áreas podem se utilizar dos conceitos do comportamento de uso de informação, como no design de sistemas, no marketing e na psicologia, em que estudos de personalidade trataram do processamento cognitivo da informação. Na área da saúde, o comportamento informacional pode, por exemplo, explorar traços psicológicos de indivíduos enfermos que os predispõem a buscar ou rejeitar informações a respeito da doença. (WILSON, 2000). Assim, Wilson (2000) define comportamento informacional como:

“(...) a integralidade do comportamento humano em relação às fontes e canais de informação, incluindo tanto a busca quanto o uso de informações ativas e passivas. Assim, inclui a comunicação face a face com outras pessoas, assim como a recepção passiva da informação como, por exemplo, assistindo anúncios de TV, sem nenhuma intenção de agir de acordo com a informação fornecida.” (WILSON, 2000, p. 49, tradução nossa).

Este conceito também abrange um outro fenômeno anterior à busca pela informação, a necessidade informacional, que é subjetiva e deve ser analisada sob o ponto de vista da individualidade do sujeito, pois este apresenta conhecimentos, crenças e valores inseridos em um contexto sociocultural, político e econômico. (DERVIN & NILAN, 1986; PEREIRA, 2011). Um dos modelos mais utilizados para comportamento informacional é o de Wilson (1999), que está representado no FLUXOGRAMA 1.

FLUXOGRAMA 1 – MODELO DE COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE WILSON



FONTE: Adaptado de WILSON (1999); tradução nossa

O esquema apresentado no FLUXOGRAMA 1 é uma adaptação do modelo original de Wilson, o qual não considerava os mecanismos ativadores da necessidade e da busca pela informação, bem como os fatores intervenientes. A revisão do modelo original, realizada por Wilson e Walsh<sup>6</sup> (1996 apud WILSON, 1999), levou em conta que havia uma lacuna entre a necessidade e o processo de busca, uma vez que nem sempre a necessidade ocasiona de fato a procura pela informação. Para isso ocorrer, é necessário que haja fatores motivacionais, tanto da necessidade quanto da busca, e entre eles podem ainda aparecer variáveis intervenientes que facilitem ou dificultem a continuidade do processo.

<sup>6</sup> WILSON, T.D.; WALSH, C. **Information behaviour: an interdisciplinary perspective**. Sheffield: University of Sheffield, Department of Information Studies, 1996.

Assim, este modelo apresenta que o comportamento de busca pela informação é consequência de uma **necessidade informacional** percebida pelo usuário em um determinado contexto. As necessidades modificam-se constantemente e são experiências subjetivas que ocorrem na mente do indivíduo que necessita de algo, não sendo diretamente acessíveis a outras pessoas. No entanto, pode-se deduzir uma necessidade de informação pelo comportamento ou por meio do relato dos indivíduos que apresentam esse sentimento. (WILSON, 1999; WILSON, 1997).

Wilson propõe que as necessidades podem ser motivadas por fatores de ordem fisiológica (fome ou sede), cognitiva (desejo de saber algo ou uma curiosidade), e afetiva. Esta última é muito proeminente nas questões relacionadas à saúde, onde o impacto emocional é evidente quando há situações de doenças ou procedimentos com risco de vida. (WILSON, 1997). Ainda no contexto da saúde, Weijts e colaboradores (1993), sugerem três categorias para as necessidades informacionais: necessidade por novas informações, esclarecimento sobre uma informação e confirmação de uma informação previamente obtida. No primeiro caso o paciente solicita uma informação que ele ainda desconhece, conhece hipoteticamente ou deseja conhecer. A segunda situação ocorre quando o paciente possui algumas informações sobre um determinado assunto, mas sente necessidade de maiores esclarecimentos. Por fim, pode haver a necessidade de confirmação de uma informação amplamente discutida, mas que o paciente deseja somente confirmar.

A necessidade por informação, por sua vez, é motivada por **mecanismos ativadores dessa necessidade**, que é o estágio entre a pessoa e a sua consciência da necessidade de informação. Esse mecanismo ativador pode advir da própria pessoa ou por meio do papel que ela desempenha na sociedade, como no ambiente profissional ou em relacionamentos pessoais. (WILSON, 1997; WILSON, 1999). Para Wilson, a incorporação desse fenômeno no modelo baseou-se na teoria do estresse e esforço, que auxiliou na explicação do motivo de algumas necessidades informacionais não se converterem em processos de busca. (MARTÍNEZ-SILVEIRA & ODDONE, 2007). O estresse pode ser definido com a reação que o indivíduo desenvolve durante um processo de adaptação a situações externas e internas. As externas geralmente provêm de situações do cotidiano geradas por agentes de natureza, física, mental ou emocional, enquanto que as internas são um processo individual de interpretação que o indivíduo faz das situações externas, em diferentes níveis de susceptibilidades. O esforço ou enfrentamento, por sua vez, está relacionado com a forma de lidar com o estresse, administrando as demandas e emoções geradas. Assim, as estratégias de esforço permitem ao indivíduo a troca de pensamentos e ações diante da situação estressante, podendo estimular ou

inibir a compreensão que o indivíduo tem de que necessita de uma dada informação. (CHAMON, SANTOS & CHAMON, 2008).

Todavia, qualquer que seja a situação em que a pessoa tenha consciência da necessidade de uma informação, a atitude de busca não é uma consequência obrigatória. Entre estes dois fenômenos, podem ocorrer barreiras diante da necessidade da informação que são chamadas de **variáveis intervenientes** do processo. Wilson (1997), classifica em três dimensões das variáveis intervenientes: barreiras pessoais, sociais e ambientais. As barreiras pessoais podem incluir aspectos fisiológicos, emocionais, cognitivos, de nível educacional ou variáveis demográficas, como idade e sexo. Por exemplo, mulheres tendem a buscar mais informações de saúde e pessoas com dificuldade de expressar emoções podem ser incapazes de tomar decisões. Barreiras sociais podem estar relacionadas com crenças, motivações e aspectos interpessoais, que ocorre por exemplo quando a fonte de informação é outra pessoa e o indivíduo encontra uma barreira na questão da privacidade ou constrangimento para pedir informações. Por fim, as barreiras ambientais têm relação com fatores econômicos, credibilidade da fonte de informação e o acesso à fonte, que quando é difícil pode inibir a procura. O tempo é outro fator ambiental, quando, por exemplo, a rapidez com que ocorrem certas consultas médicas é uma barreira entre paciente e médicos para a compreensão da informação. (WILSON, 1997; SMYTHE & SPINILLO, 2018).

As variáveis, por sua vez, podem desencadear ou impedir as iniciativas de busca, dependendo do **mecanismo ativador da busca** que está relacionado com autoeficácia, isto é, a crença que o indivíduo tem de si mesmo quanto à capacidade de obter o resultado desejado. Assim, uma pessoa que tenha identificado uma fonte adequada para a busca da informação, pode falhar nesse processo se não tiver autoconfiança de que será capaz de utilizá-la corretamente. (WILSON, 1999; MARTÍNEZ-SILVEIRA & ODDONE, 2007).

O **comportamento de busca**, por sua vez, pode ocorrer em fontes de informação formais ou informais, resultando em sucesso ou falha no encontro de informações relevantes. Destaca-se que originalmente o modelo de Wilson utiliza o termo em inglês *seeking*, referindo-se à busca informacional. Para o autor, há uma diferença conceitual entre os termos *seeking* e *search*, apesar de na tradução para o idioma português ambos apresentarem significado semelhante. O primeiro refere-se à interação do indivíduo com os sistemas de informação, sejam eles manuais, como livros e jornais, ou informatizados, como sites de busca. Em um nível menor está o *search information*, que diz respeito ao comportamento de busca no sistema de informação escolhido. Nesse caso, pode haver uma interação indivíduo-computador quando, por exemplo, utiliza-se o mouse e os cliques em links na internet para a procura da informação.

Ainda, pode haver interação em nível intelectual, adotando estratégias de pesquisa com operadores Booleanos ou determinando critérios para a escolha entre dois livros próximos em uma biblioteca. Desse modo, a busca pela informação inicia pela seleção das fontes de consulta (*seeking*) e termina com a interação propriamente dita com o sistema de informação escolhido (*search*). (WILSON, 1999).

Na área da saúde, as pessoas podem buscar informações sobre sintomas e possíveis tratamentos com amigos e familiares. Profissionais da saúde são outra fonte de informação, quando os indivíduos procuram saber sobre a etiologia da doença, prognóstico e opções de tratamento. Assim, a informação ajuda a dar sentido aos procedimentos médicos e ao tratamento. (GARVIN, HUSTON & BAKER, 1992). Nestes casos, quando o indivíduo propositadamente procura por informações considera-se que houve uma busca ativa da informação, enquanto que quando esta é absorvida por acaso, ao ouvir uma notícia na televisão por exemplo, o mecanismo de busca é denominado passivo. (BATES, 2002).

Meios de comunicação de massa, como televisão, revistas e jornais também são fontes de informação comuns. A busca de informação na internet é um meio confortável de ser utilizado porque pode ser acessado de qualquer local e mantém a privacidade dos indivíduos, assim como salas de bate-papo e outros grupos online. As pessoas que se beneficiam destas fontes informacionais geralmente são as que apresentam doenças estigmatizantes pela privacidade que necessitam ou pessoas com doenças raras, que eventualmente não encontram com facilidade outros indivíduos na mesma condição. (BRASHERS, GOLDSMITH & HSIEH, 2002).

Quando houve sucesso no processo de busca, o indivíduo usa as informações, porém sua necessidade informacional pode ser satisfeita totalmente, parcialmente (FLUXOGRAMA 1), ou ainda não ser satisfeita. Neste último caso, o processo da pesquisa de informação reinicia ou o usuário desiste, o que também pode ocorrer quando houver falha na busca.

Dentro do comportamento informacional do indivíduo pode ocorrer a interferência de outras pessoas quando há intercâmbio de informações no processo de busca ou durante o **comportamento de uso**, quando a informação foi útil e é repassada. Há ainda a possibilidade de que o indivíduo utilize a informação somente para si ou as duas situações, utiliza para si e também repassa. (WILSON, 1999).

Ainda para Wilson (2000), o comportamento de uso por sua vez consiste em atos físicos e mentais envolvidos na incorporação de uma informação contida na base de conhecimentos pré-adquiridos pelo indivíduo. Dentre os atos físicos, o uso da informação pode



ocorrer quando um texto é grifado nas partes mais relevantes, enquanto que as práticas mentais envolvem, por exemplo, a correlação entre novas informações com outras pré-existentes.

Em contrapartida, a estrutura desenvolvida por Dervin (1986) apresenta um caráter diferente do modelo de Wilson, pois o comportamento de busca informacional, como a própria autora afirma: “... é um conjunto de suposições, uma perspectiva teórica, uma abordagem metodológica, um conjunto de métodos de pesquisa e uma prática ...” (WILSON, 1999, p. 253, tradução nossa). Isto significa que sua proposta consiste mais em um modelo metodológico do que em um conjunto de situações. (WILSON, 1999).

Dervin implementou um modelo considerando quatro elementos principais: uma “situação” no tempo e no espaço que define o contexto em que os problemas surgem; uma “lacuna” que representa uma incerteza ou dúvida; um “resultado” que é a consequência do processo de criação de sentido e resolução do problema; e uma “ponte”, que fica após a lacuna e consiste nas estratégias utilizadas para se chegar ao resultado. O elemento “lacuna” da autora tem correlação com o mecanismo ativador da necessidade de Wilson, visto que uma dúvida ou problema são motivadores para a consciência de necessidade informacional. (WILSON, 1999). A representação destes quatro elementos pode ser demonstrada conforme a FIGURA 5.

FIGURA 5 – REPRESENTAÇÃO DOS QUATRO ELEMENTOS DO MODELO DE DERVIN



FONTE: Adaptado de WILSON (1999), p. 254, tradução nossa

Essa mesma estrutura pode ser demonstrada por meio de uma metáfora, que está apresentada no item 3.3.1.1 quando a metodologia proposta por Dervin é melhor detalhada. Entretanto, nem todos os indivíduos buscam informações, havendo um outro comportamento dentro do gerenciamento das informações que está relacionado com uma abstenção a certas informações. Assim, no âmbito da saúde, o gerenciamento das informações pode incluir ações de comunicação e cognitivas, como buscar, evitar, avaliar, fornecer e interpretar, considerando estímulos e aspectos ambientais. As informações podem aumentar ou diminuir as certezas sobre um assunto e quando a pessoa evita informações ela permanece com os mesmos conhecimentos e crenças. (BRASHERS, GOLDSMITH & HSIEH, 2002).



Pessoas que estão doentes ou em risco de desenvolver uma patologia evitam informações quando estas podem lhe causar angústia ou conflitar com as crenças com as quais ela se sente confortável. Um indivíduo saudável que tem consciência que pode vir a desenvolver uma doença evita se informar para prevenir a ansiedade que isto vai causar. Portanto, procurar ou evitar informações é um ato de equilíbrio que os indivíduos utilizam para alcançar objetivos, como reduzir o estresse ou aumentar o otimismo. (BRASHERS, GOLDSMITH & HSIEH, 2002).

Outro ponto a ser destacado é que quando a informação em saúde é integrada ao fluxo da vida cotidiana, incluindo interações com valores sociais, os indivíduos podem perceber que as informações adquiridas são mais relevantes para suas próprias necessidades e, portanto, pode ser mais provável usá-las para tomar decisões. Isto é especialmente relevante porque o conhecimento de uma informação, por si só, não é suficiente para estimular uma mudança de comportamento. (MEADOWBROOKE et al., 2014). Um indivíduo deve completar o processo de busca, processamento e uso da informação para que haja um gerenciamento eficaz da sua saúde. (STONBRAKER et al., 2017). Interessante também salientar que, apesar das necessidades e usos da informação serem subjetivos e únicos, é possível fazer certas generalizações a partir da experiência e percepções individuais, encontrando regularidades, linhas de pensamento e condutas entre grupos de usuários dentro de um mesmo contexto. (PEREIRA, 2011).

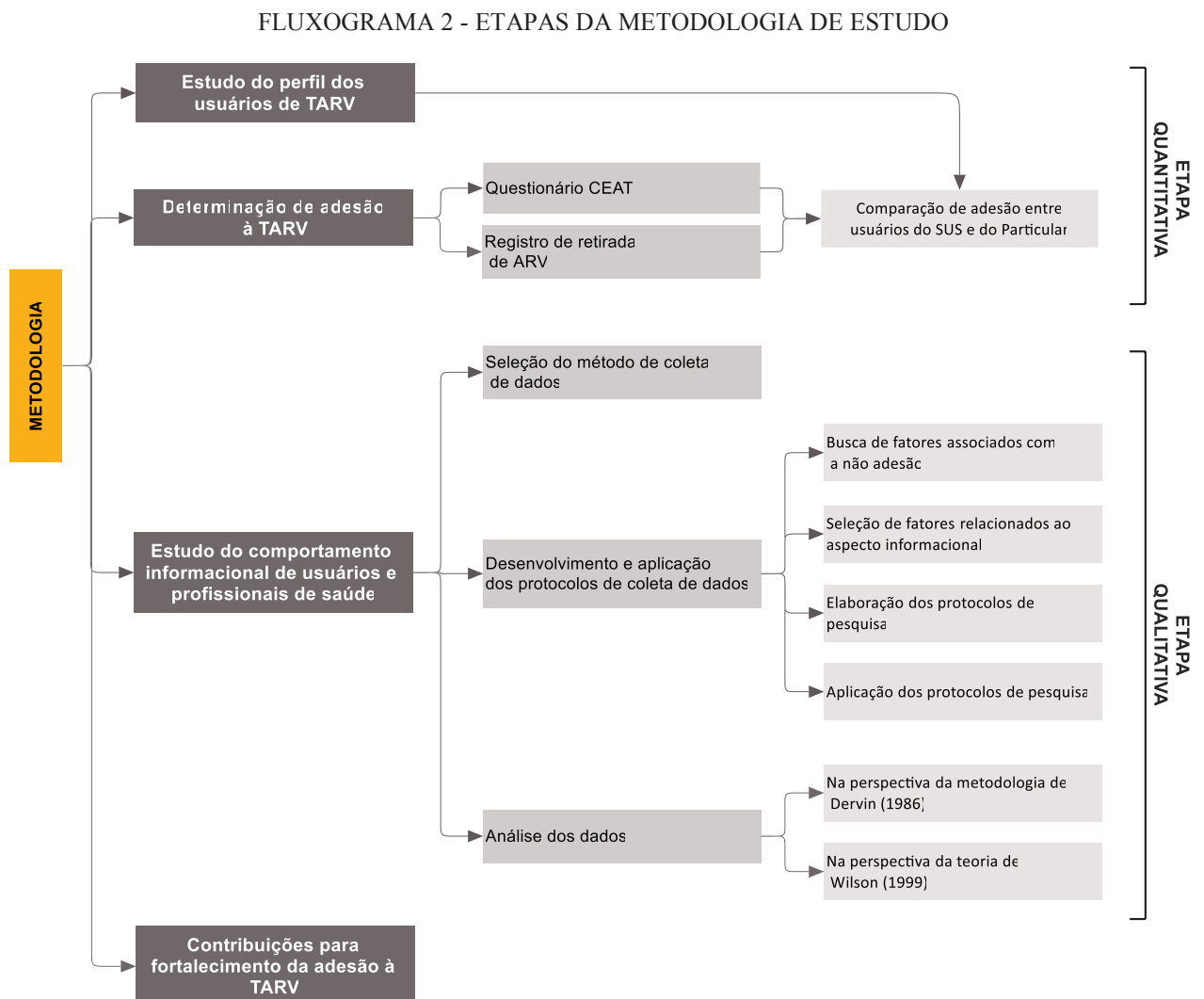
Nesse sentido, uma pesquisa conduzida por Stonbraker e colaboradores (2017) buscou identificar as habilidades de PVHIV na busca, compreensão e uso de informações de saúde. Segundo os autores, os pacientes que precisam de informações podem não ter capacidade ou recursos necessários para essa busca. Inicialmente eles precisam saber quais informações procurar, onde elas estarão disponíveis e ir até o local. Ainda que esses passos aconteçam, os usuários podem decidir evitar de receber as informações porque estão assimilando ainda o diagnóstico ou por se sentirem perturbados pelo excesso de informações. Para que haja sucesso neste processo, é necessário que o indivíduo obtenha a informação, compreenda e use-a de modo eficaz.

O CIH, portanto, pode servir de base para estudos em diversas áreas e auxiliar na tomada de decisão sobre estratégias para o melhoramento de produtos e serviços.

### 3 METODOLOGIA

O desenho da pesquisa compreende, na etapa inicial quantitativa, um estudo observacional transversal retrospectivo, com coleta de dados primários por meio de entrevista estruturada, e secundários a partir da base de dados do SICLOM. Em um segundo momento, na etapa qualitativa, o estudo foi observacional transversal com coleta de dados primários por meio de entrevista semiestruturada.

A metodologia está ilustrada no FLUXOGRAMA 2, englobando inicialmente um estudo do perfil da população amostrada com determinação de adesão à TARV por dois métodos distintos. Na segunda etapa foram desenvolvidos e aplicados protocolos de coleta de dados para um estudo qualitativo. A análise dos resultados baseou-se nos pressupostos conceituais do comportamento informacional de usuários e profissionais de saúde, com vistas a propor contribuições para o fortalecimento da adesão à TARV.



FONTE: A autora (2020)

### 3.1 ESTUDO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DE TARV

#### 3.1.1 Local e Período do Estudo

A pesquisa foi realizada no período de novembro de 2016 a julho de 2017 no Centro de Orientação e Aconselhamento (COA), selecionado por ser a maior UDM do Estado do Paraná em número de usuários de TARV cadastrados. O COA é vinculado à Prefeitura Municipal de Curitiba e realiza serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de ISTs, oferecendo teste rápido para diagnóstico do HIV, dispensação de ARV e o acompanhamento de pacientes.

#### 3.1.2 Critérios de Inclusão, Exclusão e Cálculo Amostral

Usuários de TARV foram selecionados por conveniência no COA durante a retirada mensal dos medicamentos. Foram incluídos no estudo indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, não gestantes e com no mínimo um ano e um mês de tratamento devido à necessidade de se considerar a medicação residual (item 4.2.2.1). Considerou-se como critério de exclusão usuários não localizados no SICLOM ou com ausência de valores de carga viral no sistema. A abordagem foi realizada pelos profissionais da farmácia do COA, que encaminhavam para a pesquisadora os que voluntariamente concordavam em participar. As entrevistas ocorreram em uma sala reservada na UDM.

Realizou-se uma amostragem aleatória simples considerando 4.322 usuários que retiraram ARV no COA no ano de 2016. Para se obter uma amostra com 95% de confiança, margem de erro igual a 5%, considerando uma média de 30% de usuários não aderentes (COSTA et al, 2018; BONOLO, GOMES & GUIMARÃES, 2007) e 10% como margem de segurança, determinou-se uma amostra de 331 usuários. (BUSSAB e MORETTIN, 2010). O software R foi utilizado para desenvolver a análise. (R CORE TEAM, 2017).

#### 3.1.3 Considerações Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, sob os Pareceres nº 1.739.379 (22/09/16) e 1.620.414 (04/07/16), respectivamente.

### 3.1.4 Entrevista inicial

Inicialmente os participantes eram convidados pelos profissionais da farmácia do COA para participar da pesquisa. Nos casos afirmativos, eram encaminhados para uma sala reservada e apresentados ao estudo, devendo assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizou-se inicialmente uma entrevista estruturada visando caracterizar a população participante da pesquisa quanto a fatores sociodemográficos, econômicos e de condições de saúde. Dentre as perguntas, incluíam-se idade, sexo, local de moradia, religião, estado civil, nível de escolaridade, orientação sexual, renda, forma de contaminação pelo HIV e tempo de tratamento com ARV (APÊNDICE 1). A respeito do serviço de saúde utilizado pelo usuário, a questão foi abordada sob o aspecto das consultas médicas, buscando saber se o médico prescritor dos ARV era do SUS ou de serviço privado, independentemente de plano de saúde suplementar.

Com a finalidade de identificar se alguma das variáveis citadas acima correlacionava-se com o serviço de saúde utilizado pelos indivíduos (SUS e Privado), realizou-se uma análise bivariada e, para aquelas variáveis com valor de  $p$  menor que 0,2, aplicou-se um modelo de regressão logística. As informações obtidas das entrevistas foram categorizadas, codificadas e registradas em um banco de dados do programa Microsoft Excel®, versão 2010. Para o tratamento e análise, os dados foram transportados para o Programa Epi Info™ CDC, versão 7.2.2.6 para Windows.

## 3.2 DETERMINAÇÃO DE ADESÃO À TARV

Dois métodos foram escolhidos para esta análise, um deles baseado em relatos do usuário e outro que considerou dados de registro de farmácia.

### 3.2.1 Questionário CEAT

Após a entrevista inicial (item 3.1.4), os participantes foram convidados a responderem ao *Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antiretroviral* (CEAT), adaptado ao idioma português do Brasil por Remor e colaboradores (2007). O CEAT é um instrumento autoaplicável, publicado inicialmente em 2002 no idioma espanhol, que foi traduzido e validado para vários idiomas. As questões avaliam diferentes perspectivas que envolvem a adesão à TARV, desde a aderência ao tratamento em si, no que diz respeito a

aspectos práticos de tomar a medicação e esquecimento de doses, até questões comportamentais, relacionamento com o médico e percepções sobre o tratamento. (REMOR, 2013). É constituído de 17 perguntas objetivas e, apesar de ser um protocolo autoinforme, a pesquisadora foi solicitada a preencher o instrumento principalmente para idosos e usuários com baixo grau de instrução. As respostas são apresentadas na escala Likert e para cada uma delas há uma pontuação correspondente, sendo o valor mínimo 17 e máximo 85. Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento, sendo recomendado o escore associado ao percentil 85 como ponto de corte para classificar os usuários em adesão adequada e insuficiente. (REMOR, 2016).

O questionário e os critérios para pontuação das perguntas foram enviados pelo autor quando da autorização para seu uso, em 2016. No entanto, a licença para uso não permite a publicação detalhada destas informações e do questionário nesta tese. Após a determinação da pontuação das respostas de cada usuário, foram calculados os seguintes parâmetros: média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo e percentis 25, 50, 75, 85, 90 e 95. (REMOR, 2016). Utilizou-se os programas Microsoft Excel®, versão 2010, e Epi Info™ CDC, versão 7.2.2.6 para Windows. O teste de Mann-Whitney foi aplicado para avaliar se havia diferença entre os escores brutos em relação aos serviços de saúde (SUS e privado). As curvas ROC para determinação do ponto de corte foram obtidas pelo software R, versão 3.3.0.

### 3.2.2 Avaliação dos Registros de Farmácia

Esta fase do estudo foi conduzida em um momento posterior ao Questionário CEAT, sem a presença do participante. Consistiu em consultar no SICLOM as datas de retirada dos ARV nos treze meses retroativos à data da participação dos usuários na pesquisa. Foi necessário consultar os últimos treze meses, e não doze, para que fosse possível avaliar a medicação residual dos usuários, conforme será explicado a seguir. Dentro deste período de um ano, foi também consultado o resultado mais recente de carga viral, sendo considerada CVD valores acima de 50 cópias/mL. (BRASIL, 2018b).

Para calcular a adesão, utilizou-se o método da taxa de posse de medicação (MPR, da sigla em inglês *Medication Possession Rate*), que corresponde à razão entre o número de dias que o usuário possui ARV e o número de dias do período de análise do estudo, que neste caso corresponde a 12 meses. Foram comparados três modelos de cálculo do MPR. O primeiro, RMF, considerava período de análise fixo de 365 dias e medicação residual, definida como a quantidade de doses remanescente de uma retirada anterior à data de início do período

observacional. O modelo NRMF também utilizava período fixo de análise, mas sem considerar a medicação residual. Por último, o NRMV não utilizava a medicação residual e o período de análise era variável, considerando como data inicial a primeira retirada de ARV dentro do período observacional. (GRIMES et al, 2013). Duas análises foram realizadas: comparação dos três modelos com relação às diferenças nas taxas de adesão obtidas e a associação de cada modelo com a supressão viral. Mais detalhes desta metodologia constam no artigo “Recommended Method for Health Services to Determine Adherence to Antiretroviral Therapy: A Comparison of Three Models”, disponível no link <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31744394/>. (COSTA et al, 2019).

Para avaliar se havia diferença entre as taxas de adesão entre usuários do SUS e do serviço privado de saúde (etapa que não consta no artigo citado acima), utilizou-se o teste de Mann-Whitney pelo programa Epi Info<sup>TM</sup> CDC, versão 7.2.2.6 para Windows.

### 3.2.3 Correlação entre os Métodos de Determinação da Adesão

Para avaliar a correlação entre os métodos CEAT e registros de farmácia, um gráfico de dispersão foi utilizado entre as variáveis, além do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson e o coeficiente de concordância intraclasse, do tipo ICC3. O coeficiente de correlação de Pearson (pp) varia entre -1 e +1, sendo que valores próximos a estes indicam forte correlação linear, enquanto que próximos de 0 significam ausência de correlação. A significância desse teste indica que se o coeficiente de correlação é diferente de zero, o valor calculado pela correlação pode ser inferido para a população.

O coeficiente de concordância intraclasse é utilizado para mensurar o quanto procedimentos ou indivíduos estão concordantes na medição de alguma unidade. O coeficiente varia de 0 a 1, em que 0 significa que não existe concordância, e 1 que a concordância é perfeita.

### 3.3 ESTUDO DO COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE USUÁRIOS DE TARV E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

#### 3.3.1 Seleção do Método de Coleta de Dados

Embora a área da saúde esteja habituada a trabalhar com métodos experimentais e quantitativos utilizados em pesquisas clínicas e epidemiológicas, os métodos qualitativos têm muito a oferecer aos estudos e aos estabelecimentos de atenção à saúde. Em vez de as abordagens quantitativas e qualitativas serem visualizadas como opostas, cada uma pode ser vista como complementar a outra. A atenção à saúde ocupa-se com pessoas, seres complexos que geram necessidade de estudo sobre a interação humana. (POPE & MAYS, 2005).

Diversos trabalhos que analisaram de modo qualitativo aspectos da rotina de vida dos usuários de TARV apontaram a entrevista face a face semiestruturada como método de escolha para a pesquisa (MENDELSON et al., 2014; MUSUMARI et al., 2013, BADAHDAH & PEDERSEN, 2011; WASTI et al., 2012), além de grupo focal com entrevista semiestruturada (OLUPOT-OLUPOT et al., 2008) e métodos múltiplos incluindo grupo focal, entrevista em profundidade e dramatização (*role-play*) (MUTWA et al., 2013). No entanto, nota-se que as pesquisas qualitativas nessa área em grande parte não se distanciam muito das metodologias citadas. Pretendeu-se, portanto, analisar diferentes técnicas de coleta de dados que fossem satisfatórias para a compreensão do comportamento de busca e uso da informação pelos usuários de TARV e profissionais de saúde. Relevante ressaltar que muitas pesquisas sobre o tema consideram unicamente a perspectiva do usuário dentro do contexto dos problemas de adesão. No entanto, neste estudo buscou-se compreender a ótica dos profissionais de saúde que estão em contato direto com os usuários, como farmacêuticos, médicos e enfermeiros.

Smythe (2014) compilou 25 métodos/técnicas utilizados principalmente na área das ciências humanas. Alguns destes, como o método de análise contextual, diários (*diary keeping*), protocolo verbal, *sense-making* e sondas culturais, apresentam conceitos que inicialmente mostraram-se interessantes como opção para responder aos objetivos desta tese. Contudo, após um aprofundamento teórico, definiu-se a metodologia *sense-making*, descrita inicialmente por Brenda Dervin (DERVIN & NILAN, 1986), uma vez que está associada aos conceitos do CIH. Como se trata de uma metodologia pouco habitual na área da saúde, uma breve explanação sobre seus preceitos foi descrita.

### 3.3.1.1 Metodologia *sense-making*

Esta metodologia foi inicialmente proposta em 1972 por Brenda Dervin, uma pesquisadora americana que iniciou sua produção científica no campo da Comunicação Social. No Brasil, o *sense-making* tem sido aplicado principalmente na área da Ciência da Informação para estudos de necessidade e uso da informação em sistemas de comunicação. (ARAÚJO, PEREIRA & FERNANDES, 2009). Para a autora, *sense-making* é definido como:

“(...) comportamento, tanto interno (ou seja, cognitivo) e externo (ou seja, processual), que permite ao indivíduo construir e projetar sua/seu movimento através do tempo-espaço. O comportamento *sense-making*, é, portanto, um comportamento de comunicação. A busca e uso de informação é fundamental para *sense-making* (como de forma similar é visto como central para toda a comunicação)” (DERVIN, 1983, p. 3, tradução livre)

A abordagem *sense-making* consiste em um conjunto de premissas conceituais, teóricas e de metodologias relacionadas para avaliar como as pessoas compreendem seus mundos e como usam as informações e outros recursos nesse processo. Este enfoque foi aplicado para descrever as necessidades informacionais e seu uso por pessoas em diferentes contextos, como pacientes com câncer, imigrantes, usuários de livrarias e de softwares de computador, por exemplo. (DERVIN & NILAN, 1986). O objetivo final desta abordagem é produzir dados que são diretamente úteis para a prática de informação e comunicação, baseando-se na condição da descontinuidade, de modo que os indivíduos tomem medidas para desenvolver sentido (*make sense*) em situações de vida que estão em constante mudança. (DERVIN & NILAN, 1986). A ideia de descontinuidade ou lacuna foi colocada como elemento central da fundamentação da metodologia:

“Lacuna é entendida como sendo um conceito universal da condição humana: este momento no tempo-espaço não é idêntico à do último, ou o seguinte. Espaço-tempo continua se movendo e, portanto, o *sense-maker* (indivíduo que constrói sentido) sempre é conceituado em movimento no SMM [*Sense Making Methodology*], nunca completo e nem sempre totalmente pré-determinado. (...) O foco na lacuna na SMM não assume que as pessoas estejam constantemente paradas ou estagnadas por lacunas ontologicamente reais. Por outro lado, também não presume que cada momento do tempo-espaço é preenchido por enigmas, perguntas e confusões. Em vez disso, afirma-se que a hipótese de descontinuidade permite atender metodologicamente a forma como as pessoas constroem sentido (*make sense*), como elas se movem através do antes, durante e depois de suas buscas por sentido.” (SILVA, 2017a, p. 135).

Dervin defende que existe uma lacuna entre o indivíduo e a informação, sendo importante que o transmissor da informação preencha esse espaço da maneira mais adequada. Para Ferreira<sup>7</sup> (1997 apud GONÇALVEZ, 2012), “o homem cria ideias para transpor as lacunas que lhe são apresentadas em decorrência da descontinuidade sempre presente na realidade”. No

<sup>7</sup> Não há descrição da referência de Ferreira em Gonçalves (2012).



entanto, em virtude da diversidade e individualidade de cada ser humano, esse processo torna-se bastante complexo. A partir dessa constatação, Dervin elaborou uma metodologia focada no comportamento humano, com o intuito de identificar as necessidades informacionais dos indivíduos para que o sistema em que ele está inserido responda às suas interferências. (LAMAS, 2018). A abordagem considera que a informação é subjetiva, tornando-se significativa no contexto em que está inserida e a partir das experiências sociais, culturais, políticas e econômicas dos indivíduos. (ARAÚJO, PEREIRA & FERNANDES, 2009).

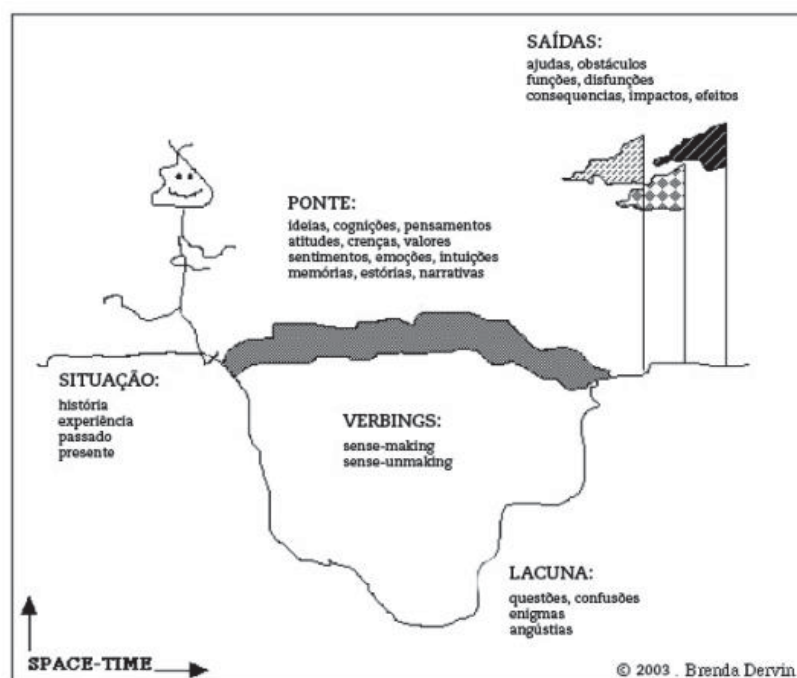
As suposições e proposições de construção de sentido tomadas em conjunto fornecem orientação metodológica para enquadrar questões de pesquisa, para a coleta de dados e o mapeamento de análises. Derivados destes estão os métodos, particularmente aqueles de entrevista com indivíduos sobre suas experiências. Às vezes, portanto, vê-se a construção de sentido referida como uma teoria de conduzir entrevistas sobre a construção de sentido. (DERVIN, 1998).

Nesse contexto, Dervin enfatiza o seguimento de etapas como um foco organizador para a conceituação. Ela postula uma situação de necessidade de informação como aquela em que o sentido interno do indivíduo se esgotou, sendo necessário criar um novo sentido. Na abordagem de construção de sentido, um modelo de três partes, rotulado como “situação-lacuna-uso”, aponta para as essências das situações de necessidade de informação. O *sense-maker* é parado em uma situação quando o movimento no tempo-espço é impedido por algum tipo de lacuna, operacionalizada para situações de necessidade de informação, como uma questão ou conjunto de perguntas. Nesse contexto, o *sense-maker* é visto potencialmente fazendo o uso de qualquer ponte que seja construída através da lacuna que ele enfrenta. (DERVIN & NILAN, 1986).

Para Rozados (2003), no *sense-making* a busca de informação é orientada pela lacuna, que é uma falha na estrutura de conhecimento do usuário, e construir sentido é lançar pontes para sanar essa falha. A abordagem cognitiva passa a ser uma questão analisada do ponto de vista do usuário e não do sistema de informação. De modo semelhante, Gonçalves (2012) defende que a metodologia propõe o entendimento das necessidades e usos que os indivíduos fazem da informação, cuja importância está no fato de que o usuário está em primeiro plano e, ouvi-lo, contribui para formação de sistemas de informação mais eficazes. Dentro dessa ideia de individualismo, as análises são feitas sobre as características únicas do indivíduo e, portanto, a informação é um dado incompleto ao qual o usuário atribui sentido a partir de suas experiências prévias. Quando o indivíduo vence a lacuna pela busca da informação, há uma reconstrução do conhecimento. (DERVIN & NILAN, 1986).

Dentro da metodologia *sense-making*, o modelo se torna operacional quando os usuários descrevem momentos em que eles pararam (situação ou contexto), como eles se viram nesse momento, que questões tinham em mente (que lacunas cognitivas enfrentaram), que estratégias encontraram que foram úteis para responder às questões (construção de pontes através das lacunas), como as informações e as pontes cognitivas foram usadas e como elas ajudaram a resolver a situação, uma vez que foram construídas. (DERVIN & NILAN, 1986). A metáfora de um indivíduo atravessando uma ponte, utilizada por Dervin para construção de sentido, é centrada nesses quatro pontos fundamentais que estão presentes em todas as situações de busca de informação vividas pelos humanos (FIGURA 6).

FIGURA 6 – METÁFORA DA METODOLOGIA SENSE-MAKING



FONTE: Traduzido de DERVIN, FOREMAN-VERNET & LAUTERBACH<sup>8</sup> (2003 apud SILVA, 2017).

A partir desta metáfora, pode-se interpretar que o *sense-making* promove uma forma de pensar sobre a complexidade, diversidade e incompletude ao apresentar um indivíduo atravessando o tempo e espaço com uma instrução parcial, encontrando lacunas, construindo pontes e avaliando os achados enquanto se move. (BAPTISTA & CUNHA, 2007).

A “situação” é o momento em que aparece a necessidade de busca pela informação, influenciado pelo contexto, experiências ou histórias do indivíduo. As “lacunas” cognitivas são

<sup>8</sup> DERVIN, B.; FOREMAN-VERNET, L.; LAUTERBACH, E. **Sense-Making methodology reader**: selected writings of Brenda Dervin. New Jersey: Hampton Press, 2003.

as barreiras ao movimento, onde surgem as questões, confusões, angústias que impedem que a pessoa alcance a saída do problema. As “pontes” são as ideias, conclusões, emoções, sentimentos ou atitudes que ligam as lacunas às saídas. A “saída” é o uso dado às informações recém adquiridas, compreendendo as ajudas, ideias, resultados, impactos ou consequências. (GONÇALVEZ, 2012).

Dentro do contexto do seguimento terapêutico de usuários de TARV e da assistência prestada pelos profissionais de saúde, a literatura é vasta com relação às dificuldades normalmente apresentadas para a adesão ao tratamento. Portanto, a “situação” é conhecida, bem como as “lacunas” deste processo, que são justamente os fatores de não adesão. Contudo, não se sabe quais as “pontes” e “saídas” encontradas pelos indivíduos e é isto que foi pesquisado, utilizando a metáfora de Dervin como base para o desenvolvimento e análise de protocolos de coleta de dados.

### 3.3.2 Desenvolvimento e Aplicação dos Protocolos de Coleta de Dados

Para compreender de modo mais aprofundado as principais dificuldades encontradas durante o tratamento do HIV/aids e o comportamento informacional dos envolvidos neste contexto, algumas etapas foram conduzidas até se chegar aos protocolos de pesquisa e sua aplicação: [a] busca de fatores associados com a não adesão; [b] seleção de fatores relacionados ao aspecto informacional; [c] elaboração dos protocolos de coleta de dados a partir dos fatores elencados e [d] aplicação dos protocolos de pesquisa.

#### 3.3.2.1 Busca de fatores associados com a não adesão

Realizou-se inicialmente uma busca em diretrizes oficiais do Ministério da Saúde voltados para pacientes com HIV/aids e artigos obtidos de diferentes bases de dados que tratassem de fatores associados com a não adesão aos ARV. A seleção dos artigos ocorreu de forma aleatória, sem seguir qualquer critério de triagem, exceto pela relevância do assunto. Destaca-se que não foi objetivo desta fase do estudo realizar uma revisão sistemática do tema, uma vez que estas são numerosas, mas elencar fatores mais frequentemente citados na literatura prontamente disponível.

Após a leitura na íntegra de cada documento selecionado, foram tabulados todos os fatores de não adesão à TARV identificados. O critério para a definição do número de artigos

consultados deu-se por saturação do tema, ou seja, no momento em que as informações começaram a se repetir, cessaram-se as leituras.

### 3.3.2.2 Seleção de fatores relacionados ao aspecto informacional

A informação é a principal ferramenta dos profissionais de saúde para auxiliarem os pacientes no seguimento terapêutico adequado. (BISSON<sup>9</sup>, 2007 apud MEDEIROS et al., 2011). Assim, considerou-se que, se os fatores de não adesão listados na etapa anterior puderem ser resolvidos por uma informação fornecida pelo farmacêutico ou seus auxiliares no momento da dispensação, este seria selecionado para a próxima etapa. Por exemplo, a não aceitação da doença, o isolamento social e o estigma envolvem aspectos psicossociais e necessitam de acompanhamento especializado, pois o usuário sozinho ou o farmacêutico dificilmente seriam capazes de resolver. Informar ao usuário que existem grupos de apoio e psicólogos especializados seria o máximo de informação que poderia ser transmitida nesses casos, mas não seria suficiente para modificar o comportamento de uso dos ARV, ao menos em um primeiro momento. Da mesma forma, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde e o excesso de tempo de espera para atendimento são fatores que pouco podem ser resolvidos pelos profissionais do serviço e pelo próprio usuário, que no máximo poderiam registrar as queixas nas instâncias competentes e aguardar melhorias no serviço. Todas estas barreiras à adesão devem receber encaminhamentos diferenciados.

Entretanto, informar os usuários sobre formas de minimizar alguns efeitos adversos, auxiliá-lo com estratégias de memória para uso dos medicamentos nos horários corretos, esclarecer os benefícios de uso dos ARV e ajudá-lo a organizar sua rotina de acordo com as necessidades da terapia, são intervenções que abrangem aspectos da informação, com efeito positivo na melhora da adesão.

### 3.3.2.3 Elaboração dos protocolos de coleta de dados

A partir dos fatores selecionados na etapa anterior, foram elaboradas perguntas abertas e fechadas em um protocolo aplicado na forma de uma entrevista semiestruturada. Para transformar os fatores de não adesão em perguntas, questionou-se os entrevistados se, em algum momento desde que iniciaram a TARV, eles vivenciaram ou sentiram as situações descritas.

---

<sup>9</sup> BISSON, M. Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica. 2.ed. Barueri: Manole, 2007. 12 p.

Por exemplo, para o fator de não adesão “receio dos efeitos colaterais”, foi questionado se o usuário alguma vez, desde o início do tratamento, teve receio de apresentar efeitos colaterais. Para aquelas situações que foram vivenciadas pelo usuário, duas perguntas abertas foram feitas: **como ele resolveu** o problema e quais as **ajudas** que ele buscou nesse cenário. Destaca-se que não necessariamente o usuário pode ter encontrado uma saída para o problema, o que resultaria em última análise na interrupção do tratamento (APÊNDICE 2).

As mesmas perguntas foram utilizadas para a elaboração do protocolo destinado aos profissionais de saúde, porém com a inserção de uma Escala Likert para avaliar com que frequência o profissional percebe cada um dos fatores de não adesão durante o atendimento. Por exemplo, para o fator “esquecimento de dose”, perguntou-se com que frequência o profissional ouve ou percebe que o usuário esquece de tomar a medicação. As respostas possíveis eram [sempre], [quase sempre], [às vezes], [quase nunca] ou [nunca]. Do mesmo modo que para usuários, perguntou-se aos profissionais como eles buscam resolver os problemas dos pacientes e onde procuram auxílio para realizar a tarefa da orientação (APÊNDICE 3).

#### 3.3.2.4 Aplicação dos protocolos de coleta de dados

Os usuários de TARV foram selecionados por conveniência, do mesmo modo que na etapa quantitativa (item 3.1.4). O convite aos profissionais foi realizado pela coordenadora do COA, por meio de uma consulta individual para avaliar o interesse de participar da pesquisa, encaminhando para a pesquisadora aqueles que voluntariamente concordaram. Ressalta-se que a representatividade estatística do número de participantes não é o foco da pesquisa qualitativa e o tamanho da amostra é determinado por fatores como profundidade e duração requeridas para aplicação da metodologia (POPE & MAYS, 2005).

As entrevistas foram conduzidas em uma sala reservada, com gravação em áudio, utilizando um aplicativo de gravação de voz em dispositivo móvel, com uma duração de aproximadamente 60 minutos.

#### 3.3.3 Análise dos Dados

As falas dos entrevistados foram transcritas na íntegra e as informações interpretadas contemplando os elementos centrais da metáfora de Dervin, como representa o QUADRO 4.

QUADRO 4 – REPRESENTAÇÃO DA INTERPRETAÇÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS QUALITATIVAS

[CÓDIGO DO USUÁRIO] OU [CÓDIGO DO PROFISSIONAL]			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS

FONTE: A autora (2020)

O “contexto” dos usuários corresponde ao seguimento terapêutico da TARV enquanto que para os profissionais representa o atendimento ao usuário. As “lacunas” são os fatores de não adesão citados pelos entrevistados. As “pontes” correspondem às estratégias e/ou motivações que levaram os usuários a resolver o problema, sendo a “saída” justamente o resultado da situação vivenciada, que pode incluir a solução ou não para o problema apresentado, refletindo diretamente na adesão ou interrupção da TARV.

Para as respostas dos profissionais de saúde, um diagrama de oscilações de frequências para cada pergunta foi elaborado. As respostas foram numeradas de acordo com a Escala Likert, em que 1 é “sempre” e 5 é “nunca”. (ESCOBAR, 2018).

Ao final, realizou-se uma síntese de todos os resultados do comportamento informacional de usuários e profissionais, que foram apresentados de duas formas: sob a perspectiva da metodologia de Dervin & Nilan (1986) e com base na teoria do comportamento informacional de Wilson (1999).

### 3.4 CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ADESÃO À TARV

Por meio dos resultados obtidos na etapa anterior e com base em recomendações descritas em diretrizes oficiais do Ministério da Saúde, foram propostas contribuições visando fortalecer a adesão à TARV.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 ESTUDO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DE TARV

Foram abordados 374 usuários de ARV, sendo incluídos no estudo 349. Dentre os excluídos, os motivos foram: ter menos de um ano e um mês de tratamento (16), ausência de valores de carga viral dentro do período de análise (8) e não localização do cadastro SICLOM (1). As características descritivas da amostra de participantes encontram-se na TABELA 1.

TABELA 1 – ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA DE PARTICIPANTES, CONFORME VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE (n = 349)

	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	247	70,8
Feminino	101	28,9
Transexual	1	0,3
<b>Etnia</b>		
Branco	244	69,9
Negro	25	7,1
Pardo	68	19,5
Amarelo	10	2,9
Indígena	2	0,6
<b>Idade (em anos)</b>		
20 a 25	24	6,9
26 a 35	69	19,8
36 a 45	85	24,4
46 a 55	91	26,0
56 a 65	59	16,9
mais de 65	21	6,0
<b>Residência</b>		
Curitiba	336	96,3
Região Metropolitana	13	3,7
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	182	52,1
Casado(a) ou em união estável	100	28,7
Separado(a) ou divorciado(a)	54	15,5
Viúvo(a)	13	3,7
<b>Com quem mora</b>		
Sozinho	123	35,2
Parceiro(a)	67	19,2
Família	127	36,4
Amigos	32	9,2
<b>Filhos</b>		
Nenhum	199	57,0
Um	45	12,9
Dois	52	14,9
Três ou mais	53	15,2



	n	%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	1	0,3
EFI	45	12,9
EFC	16	4,6
EMI	15	4,3
EMC	90	25,8
ESI	37	10,6
ESC	83	23,8
Pós-graduação	62	17,7
<b>Situação de trabalho</b>		
Estudante	8	2,3
Servidor público	36	10,3
Autônomo	86	24,6
Registrado em carteira	95	27,2
Dona de casa	12	3,4
Desempregado	33	9,5
Aposentado/Pensionista	60	17,2
Outros	19	5,5
<b>Possui renda</b>		
Sim	303	86,8
Não	46	13,2
<b>Renda familiar em salários mínimos <sup>(1)</sup></b>		
zero	14	4,0
até 2	79	22,6
2 a 4	99	28,4
4 a 10	111	31,8
10 a 20 SM	30	8,6
Acima de 20	9	2,6
Não quis declarar	7	2,0
<b>Religião</b>		
Católica	159	45,6
Evangélica	64	18,3
Espírita	39	11,2
Nenhuma	52	14,9
Outra	35	10,0
<b>Orientação sexual</b>		
Heterossexual	171	49,0
Homossexual	155	44,4
Bissexual	12	3,4
Outro	7	2,0
Não sabe	2	0,6
Não quis declarar	2	0,6
<b>Via de contaminação pelo HIV</b>		
Agulhas/seringas (usuários de drogas injetáveis)	5	1,4
Relação sexual	271	77,7
Transfusão sanguínea	6	1,7
Transmissão vertical	1	0,3
Acidente com perfuro cortante	7	2,0
Não soube informar	57	16,3
Outro	2	0,6
<b>Tempo de uso dos ARV (em anos)</b>		
1	20	5,7
2	41	11,7
3	47	13,5
4	31	8,9
5	24	6,9
6 a 10	85	24,3
11 a 15	55	15,8
16 a 20	46	13,2

	n	%
<b>Possui parceiro(a)</b>		
Sim, somente um	150	43,0
Sim, mais de um	10	2,8
Não	179	51,3
Não declarou	10	2,9
<b>Informou o(a) parceiro(a) sobre o HIV (n=170)</b>		
Sim	139	81,8
Não	16	9,4
Não declarou	15	8,8
<b>Recebe apoio da família ou amigos</b>		
Sempre	246	70,5
Às vezes	29	8,3
Pouco ou nunca	42	12,0
Não declarou	9	2,6
Não contou para ninguém sobre o diagnóstico	23	6,6
<b>Trata outra doença</b>		
Sim	126	36,1
Não	223	63,9
<b>Outras doenças (n = 126)</b>		
Hipercolesterolemia	33	26,2
Doença cardíaca	32	25,4
Distúrbios tireoidianos	23	18,2
Transtornos mentais	23	18,2
Diabetes	23	18,2
DST	5	4,0
Trigliceridemia	5	4,0
Doença de pele	3	2,4
Hepatite	3	2,4
Câncer	2	1,6
Dependência química	2	1,6
Doença renal	1	0,8
Artrite	1	0,8
Tuberculose	1	0,8
Outras	30	23,8
<b>Outros medicamentos de uso contínuo</b>		
Sim	163	46,7
Não	186	53,3
<b>Plano de saúde</b>		
Sim	166	47,6
Não	168	48,1
Não declarou	15	4,3
<b>Serviço de saúde de procedência</b>		
SUS	208	59,6
Privado	141	40,4
<b>Carga Viral</b>		
Detectável	22	6,3
Indetectável (menor que 50 cópias/mL)	327	93,7

FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: ARV – antirretroviral; EFI – ensino fundamental incompleto; EFC – ensino fundamental completo; EMI – ensino médio incompleto; EMC – ensino médio completo; ESI – ensino superior incompleto; ESC – ensino superior completo.

<sup>(1)</sup> Com base no salário mínimo no Estado do Paraná em 2017, no valor de R\$ 1305,65, calculado pela média dos pisos salariais de 4 grupos ocupacionais<sup>10</sup>

<sup>10</sup> ESTADO DO PARANÁ. Decreto nº 6.638, de 12 de abril de 2017. Fixa os valores do piso salarial no Estado do Paraná. **Diário Oficial do Estado do Paraná nº 9925.**

Observa-se com relação à escolaridade que 25,8% das pessoas completaram o ensino médio e 41,5% tinham ensino superior completo ou pós-graduação, indicando um percentual importante de usuários com maior grau de instrução. Além disso, a renda familiar de 31,8% era de quatro a dez salários mínimos. Outro dado relevante diz respeito ao alto índice de pessoas que se infectaram por via sexual (77%), reforçando a necessidade de campanhas públicas voltada para o uso de preservativos. Dentre os que tratavam outras enfermidades crônicas, destaca-se que 51,6% das pessoas apresentavam problemas cardíacos e/ou hipercolesterolemia, o que em parte pode ocorrer como efeito colateral de alguns ARV. De acordo com Anuurad, Semrad e Berglund (2009), tanto a infecção pelo HIV quanto o uso da TARV têm sido associados com desordens metabólicas, incluindo dislipidemia e resistência à insulina, contribuindo potencialmente para maior risco de doenças cardiovasculares.

Destacam-se duas variáveis que apresentaram resultados importantes: a carga viral e o serviço de saúde utilizado. Nesta amostra, somente 6,3% dos indivíduos apresentavam CVD dentro do período considerado para o estudo, enquanto que a literatura relata um percentual de não adesão à TARV em torno de 30% (COSTA et al, 2018; BONOLO, GOMES & GUIMARÃES, 2007). Dessa forma, considerando que indivíduos com CVD estão com adesão inadequada se não estiverem em falha terapêutica, a taxa de não adesão encontrada neste estudo foi bem abaixo da média. Este é um dado importante quando se considera a meta 90-90-90, que preconiza que 90% dos pacientes em TARV estejam com supressão viral. Nesse sentido, o resultado pode ser ainda mais satisfatório, pois como há estatisticamente uma representatividade do todo, pode-se dizer que 93,7% dos usuários que utilizam os serviços do COA estão em supressão viral. O bom resultado obtido atribui-se em grande parte à qualidade do serviço prestado, aliado às condições pessoais dos indivíduos, o que corrobora com os achados de Luna-Mireles, Doubova e Pérez-Cuevas (2019). Os autores demonstraram que a avaliação de indicadores de qualidade para pacientes com HIV é fundamental para identificar falhas e direcionar soluções voltadas para a maior qualidade no cuidado à saúde, aumentando a probabilidade de ocorrência da supressão viral.

O COA é um centro especializado, referência não somente no Estado do Paraná, mas também em nível nacional. Dentre os serviços ofertados, estão a testagem para diagnóstico de HIV, hepatites B e C e sífilis, realização de vacinas, bem como a distribuição de medicamentos para as ISTs e infecções oportunistas. O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h, na região central de Curitiba. A unidade conta com um psicólogo e médicos

infectologistas, aos quais os pacientes são encaminhados pelas profissionais matriciadoras<sup>11</sup> após estratificação de risco. Três farmacêuticos atuam na assistência farmacêutica de ARV e um na dispensação de medicamentos para as hepatites, além de técnicos de enfermagem e enfermeiros. Atualmente, a unidade é um dos sítios onde são conduzidos os seguintes projetos:

- Projeto Combina: tem por objetivo estudar como as pessoas utilizam métodos de prevenção ao HIV, em especial PrEP e PEP. Conduzido pela Faculdade de Medicina da USP, com financiamento do MS e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico<sup>12</sup>;
- Projeto SenGono: rede nacional de vigilância para monitoramento da resistência microbiana da *Neisseria gonorrhoeae*, coordenado pelo MS em parceria com o Laboratório de Biologia Molecular, Microbiologia e Sorologia da Universidade Federal de Santa Catarina<sup>13</sup>;
- Projeto “Infecções de transmissão sexual: vigilância no Brasil da etiologia das uretrites e das úlceras genitais e análise de resistência aos antimicrobianos”: coordenado pelo MS em parceria com o Laboratório de Biologia Molecular, Microbiologia e Sorologia da Universidade Federal de Santa Catarina<sup>14</sup>;
- Projeto “A hora é agora”: utilizando uma plataforma virtual, tem por objetivo promover a autotestagem a fim de ampliar o diagnóstico precoce do HIV entre as populações mais vulneráveis à infecção, como HSH e transexuais.<sup>15</sup>

Em 2018, foi inaugurada uma extensão do COA, a clínica e-COA, o primeiro serviço no país a oferecer horário alternativo, das 17h às 22h, destinado ao atendimento exclusivo de adolescentes e adultos do sexo masculino, população mais vulnerável. Além destes aspectos, o diferencial do e-COA é o serviço de *linkagem*, em que o paciente é acompanhado por um profissional que oferece suporte emocional e técnico. A iniciativa foi financiada pelo MS e Secretaria Municipal de Curitiba, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. (CURITIBA ganha clínica pioneira para diagnóstico e tratamento de homens, 2018).

Outro aspecto relevante que pode ser observado na TABELA 1 diz respeito à proporção de cerca de 60% dos usuários que são provenientes de ambulatórios do SUS, quando

<sup>11</sup> Equipe de profissionais do nível de atenção especializada.

<sup>12</sup> <https://projetocombina.wordpress.com/>

<sup>13</sup> <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/52150-pesquisa-brasileira-revela-altas-taxas-de-resistencia-aos-antimicrobianos-em-todas-as-regioes-do-pais>

<sup>14</sup> <https://sengono.paginas.ufsc.br/>

<sup>15</sup> <https://www.ahoraeagora.org/>

aproximadamente 75%<sup>16</sup> da população brasileira utiliza exclusivamente o sistema público (SCHEFFER, 2015). Isto demonstra a importância da saúde pública no contexto da aids e seu tratamento, pois mesmo os que usam o serviço privado, necessariamente obtêm os ARV no SUS. Logo, são basicamente as consultas e exames que diferenciam esse público, além de eventualmente a aquisição de medicamentos para controle de efeitos adversos decorrentes do uso dos ARV.

Ainda, considerando que a amostra era composta predominantemente de moradores de Curitiba, que estava em décimo lugar no ranking das cidades brasileiras de maior Índice de Desenvolvimento Humano em 2010 (ATLAS do desenvolvimento humano no Brasil, 2020), acredita-se que esse percentual de usuários que utilizam o SUS seja ainda maior em cidades com indicadores sociais inferiores.

#### 4.1.1 Comparação entre Usuários de TARV Provenientes do SUS e do Serviço Privado de Saúde

Com o objetivo de avaliar se havia diferença entre usuários do SUS e do serviço privado em relação às variáveis analisadas, realizou-se uma análise bivariada, cujos resultados encontram-se na TABELA 2.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO POR SERVIÇO DE SAÚDE CONFORME VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE

	SUS		PRIVADO		VALOR DE P
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					0,0489*
Masculino	139	66,8	108	76,6	
Feminino	69	33,2	33	23,4	
<b>Etnia</b>					0,0006*
Branco	131	63,0	113	80,1	
Outras	77	37,0	28	19,9	
<b>Idade (em anos)</b>					0,6979
20 a 35	57	27,4	36	25,5	
36 ou mais	151	72,6	105	74,5	
<b>Estado civil</b>					0,6996
Com companheiro	58	27,9	42	29,8	
Sem companheiro	150	72,1	99	70,2	
<b>Com quem mora</b>					0,6989
Sozinho	75	36,1	48	34,0	
Família ou amigos	133	63,9	93	66,0	
<b>Filhos</b>					0,0105*
Sim	101	48,6	49	34,8	
Não	107	51,4	92	65,2	

<sup>16</sup> Dados de 2014, quando a população brasileira era 203 milhões de habitantes.

	SUS		PRIVADO		VALOR DE P
	n	%	n	%	
<b>Escolaridade</b>					0,0000*
Até EMC	133	63,9	34	24,1	
ESI até pós-graduação	75	36,1	107	75,9	
<b>Está trabalhando</b>					0,0743*
Sim	133	63,9	103	73,0	
Não	75	36,1	38	27,0	
<b>Possui renda</b>					0,4045
Sim	178	85,6	125	88,6	
Não	30	14,4	16	11,4	
<b>Renda familiar em salários mínimos <sup>(1)</sup></b>					0,0000*
Até 2	102	52,8	23	17,0	
Mais de 2	91	47,2	112	83,0	
<b>Religião</b>					0,3594
Sim	180	86,5	117	83,0	
Não	28	13,5	24	17,0	
<b>Orientação sexual</b>					0,0065*
Heterossexual	114	55,6	57	40,7	
Homossexual ou outra	91	44,4	83	59,3	
<b>Via de contaminação pelo HIV</b>					0,6919
Relação sexual	160	76,9	111	78,8	
Outras ou não sabe	48	23,1	30	21,2	
<b>Tempo de uso dos ARV</b>					0,6366
Até 2 anos	38	18,3	23	16,3	
Mais de 2 anos	170	81,7	118	83,7	
<b>Possui parceiro(a)</b>					0,2811
Sim	90	44,8	70	50,7	
Não	111	55,2	68	49,3	
<b>Informou o(a) parceiro(a) sobre o HIV</b>					0,9643
Sim	79	89,8	60	89,5	
Não	9	10,2	7	10,5	
<b>Recebe apoio da família ou amigos</b>					0,3618
Sempre ou às vezes	163	85,3	112	88,9	
Pouco ou nunca	28	14,7	14	11,1	
<b>Trata outra doença</b>					0,1798*
Sim	81	38,9	45	31,9	
Não	127	61,1	96	68,1	
<b>Outros medicamentos de uso contínuo</b>					0,8021
Sim	96	46,1	67	47,5	
Não	112	53,9	74	52,5	
<b>Plano de saúde</b>					0,0000*
Sim	39	19,7	127	93,4	
Não	159	80,3	9	6,6	
<b>Carga viral</b>					0,1948
Detectável	16	7,7	6	4,3	
Indetectável	192	92,3	135	95,7	

FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: ARV – antirretroviral; EMC – ensino médio completo; ESI – ensino superior incompleto.

\* valor de p significativo

Observa-se que as variáveis sexo, etnia, número de filhos, escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, orientação sexual, tratar outras doenças e possuir plano de saúde foram as que apresentaram  $p < 0,2$  e seguiram para regressão logística.

Destaca-se que 6,6% dos usuários que utilizam o serviço privado para consultas e/ou exames não possuem plano e, portanto, demonstram um gasto direto com saúde. Do mesmo modo, existem usuários do SUS que tem plano particular (19,7%), possivelmente empresarial, mas ainda assim consultam-se com médicos do sistema público. Isto é um aspecto interessante, pois mesmo sendo possível pagar pela consulta médica, há os que preferem a assistência do SUS. Durante as entrevistas, observou-se relatos a esse respeito, com menção à qualidade dos atendimentos por médicos e outros profissionais de saúde municipais. Além disso, outra hipótese seria a garantia que o SUS oferece de continuidade do tratamento, geralmente no mesmo serviço de saúde e sem custos diretos com saúde. Os resultados do modelo de regressão encontram-se na TABELA 3.

TABELA 3 – RESULTADOS DA REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA AS VARIÁVEIS DEPENDENTES EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

VARIÁVEL	ODDS RATIO	IC 95%	VALOR DE P
Sexo	0,4978	0,18 – 1,38	0,1790
Etnia	0,5430	0,25 – 1,16	0,1136
Filhos	0,8068	0,27 – 2,40	0,6995
Escolaridade	2,1852	1,00 – 4,76	0,0492*
Está trabalhando	0,8918	0,40 – 1,96	0,7762
Renda	1,7136	0,74 – 3,96	0,2075
Orientação sexual	0,7221	0,23 – 2,29	0,5809
Trata outra doença	0,7463	0,36 – 1,56	0,4360
Plano de saúde	0,0233	0,01 – 0,05	0,0000*

FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: IC95% - intervalo de 95% de confiança

\* valor de p significativo

Nota-se que somente as variáveis escolaridade e contratação de plano de saúde complementar foram fatores que de fato apresentaram diferença estatística entre usuários exclusivamente do SUS e do serviço privado de saúde. Aqueles que completaram o ensino médio e ingressaram no ensino superior, ainda que incompleto, apresentaram até duas vezes mais chance de utilizar o serviço particular de assistência à saúde quando comparado aos que tinham um grau de instrução menor. Além disso, a probabilidade dos que não apresentavam plano de saúde utilizarem o SUS é cerca de 43 vezes (1/0,0233) a dos que possuem plano.

Uma pesquisa realizada com 1.500 consumidores de capitais do país revelou que 70% dos brasileiros não possuem plano de saúde suplementar. (SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO (SPC), 2020). Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020), o número de beneficiários de planos privados em março de 2020 correspondia a



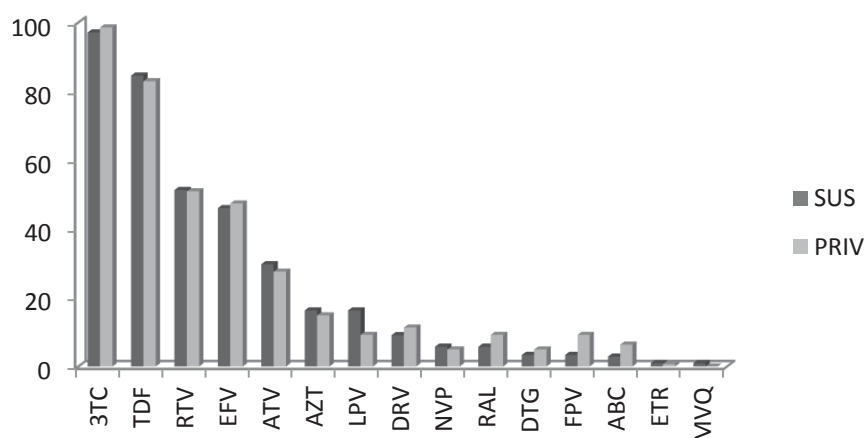
aproximadamente 22%<sup>17</sup> da população, índice consideravelmente menor que os 47,6% encontrado nesse estudo (TABELA 1), o que pode ser explicado possivelmente pelo elevado grau de instrução dos entrevistados, conforme será discutido no item 4.2.2.2. Poderia se esperar que a renda familiar também estivesse relacionada com as variáveis dependentes, uma vez que é conhecida sua relação com o nível de escolaridade. No entanto, a renda é uma variável de difícil análise, tendo em vista o constrangimento que algumas pessoas apresentam nesse momento da entrevista, podendo haver sub ou sobre-estimação de valores.

A análise do perfil sócio demográfico e econômico dos usuários do COA, portanto, mostrou principalmente que esse público é predominantemente de homens e pessoas com alto grau de escolaridade. São assistidos em sua maioria exclusivamente pelo SUS, sendo que metade apresenta plano de saúde complementar.

#### 4.1.2 Fármacos e Terapias Combinadas

Com relação às terapias prescritas, os GRÁFICOS 1 e 2 apresentam os fármacos individuais e combinados, respectivamente, mais utilizados pela população amostrada no período de um ano, retrospectivo à data da participação na pesquisa.

GRÁFICO 1 – FÁRMACOS INDIVIDUAIS PREVALENTES (%) NA POPULAÇÃO AMOSTRADA, COMPARANDO USUÁRIOS ASSISTIDOS EXCLUSIVAMENTE PELO SUS E PELO SERVIÇO PRIVADO

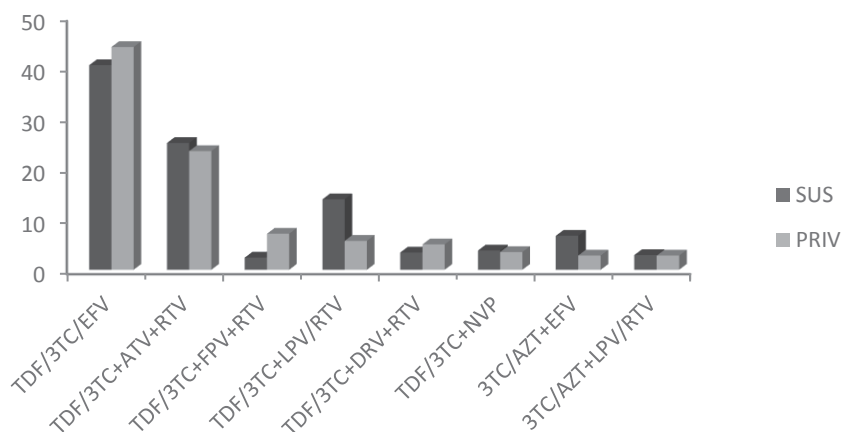


FONTE: A autora, 2020

LEGENDA: ABC – abacavir; ATV – atazanavir; AZT – zidovudina; 3TC – lamivudina; DRV – darunavir; DTG – dolutegravir; EFV – efavirenz; ETR – etravirina; FPV – fosamprenavir; LPV – lopinavir; MVQ – maraviroque; NPV – nevirapina; RAL – raltegravir; RTV – ritonavir; TDF – tenofovir

<sup>17</sup> Considerou-se para o cálculo uma população de 210 milhões de habitantes e 47.067.369 beneficiários de planos privados (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020).

GRÁFICO 2 – ESQUEMAS TERAPÊUTICOS PREVALENTES (%) NA POPULAÇÃO AMOSTRADA, COMPARANDO USUÁRIOS ASSISTIDOS EXCLUSIVAMENTE PELO SUS E PELO SERVIÇO PRIVADO



FONTE: A autora, 2020

LEGENDA: ATV – atazanavir; AZT – zidovudina; 3TC – lamivudina; DRV – darunavir; EFV – efavirenz; FPV – fosamprenavir; LPV – lopinavir; NPV – nevirapina; RTV – ritonavir; TDF – tenofovir.

Alguns fármacos são associados na mesma forma farmacêutica para facilitar a adesão dos usuários. O medicamento corriqueiramente chamado “3 em 1” é o exemplo mais característico, com dose fixa combinada de 3TC, TDF e EFV, que permite uma única administração diária. Os esquemas terapêuticos descritos no GRÁFICO 2 referem-se à combinação entre fármacos individuais e associados.

O PCDT tem por objetivo orientar profissionais da saúde no manejo de pacientes com o vírus, independente se a assistência é do SUS ou de serviço privado de saúde. Portanto, a condução do tratamento antirretroviral pelos prescritores teoricamente deve ser a mesma, inclusive porque prescrições que não estejam de acordo com o PCDT devem ser encaminhadas para uma câmara técnica local para análise. É isso que de modo geral demonstram os gráficos acima, apesar de serem observadas algumas diferenças no percentual de esquemas terapêuticos prescritos por médicos do SUS em relação aos serviços privados. Também não se observou a utilização de terapia dupla, ou seja, somente dois fármacos de mesma classe, como de fato não é recomendado pelo PCDT. De modo geral, a indicação é o uso de dois ITRNs<sup>18</sup> com outro(s) medicamento(s) de classe diferente, geralmente IP, INI ou ITRNN. (BRASIL, 2018b). O GRÁFICO 2 demonstra essa associação, com prevalência dos ITRNs TDF e 3TC em

<sup>18</sup> ITRN – inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo (ABC, AZT, 3TC, TDF); ITRNN - inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (EFV, ETR, NPV); IP – inibidor da protease (ATV, DRV, LPV, RTV, FPV); INI – inibidor da integrase (DTG, RAL); INE – inibidor da entrada do HIV (MVQ)

praticamente todos os esquemas. Segundo Diaz (2016), a lamivudina é o ITRN com melhor tolerabilidade.

No período em que a maioria das entrevistas foram realizadas estava em vigor no país o PCDT de 2013 (BRASIL, 2013), que preconizava como esquema inicial em adultos dois ITRN e um ITRNN, que como regra era o “3 em 1”. Os GRÁFICOS 1 e 2 mostram que de fato esses eram os medicamentos mais prescritos, apesar de a maioria dos participantes entrevistados estarem em TARV a mais de cinco anos. Isto ocorre porque quando há adaptação à terapia inicial e a carga viral se mantém indetectável, não se modifica a medicação.

No início de 2017 o dolutegravir passou a fazer parte do elenco de ARV com a publicação do novo PCDT (BRASIL, 2017a), que estabeleceu como esquema inicial o DTG em substituição ao EFV, mas mantendo os mesmos ITRNs lamivudina e tenofovir. Nos estudos clínicos o DTG mostrou-se com excelente barreira genética à resistência e alta potência, reduzindo a carga viral a indetectável em 7 dias de uso, frente aos períodos usuais de 10 a 14 dias para outros ARV. (DIAZ, 2016). Além disso, apresenta pouco efeito colateral e tem administração única diária, viabilizando esquemas terapêuticos mais seguros e duradouros. O EFV por sua vez, apesar de ser um ARV potente e apresentar baixo perfil de toxicidade, tem como desvantagens os efeitos adversos relacionados ao sono, a resistência primária em pacientes virgens de tratamento e baixa barreira genética. (BRASIL 2018b). Entretanto, o GRÁFICO 1 apresenta um percentual de menos de 10% de usuários em uso de DTG pelo fato de que as entrevistas ocorreram predominantemente em 2016. Pelo mesmo motivo, não constam no GRÁFICO 2 os esquemas com o DTG por representarem um percentual mínimo quando comparado às demais terapias.

Com a mudança do protocolo, surgiu o medicamento comumente chamado de “2 em 1”, composto de TDF e 3TC, que é a terapia mais utilizada, geralmente associada com medicamentos da classe IP (GRÁFICO 2).

O ritonavir tem uma ação característica de potencializar o efeito de outros IPs. Esta classe de ARV necessita ter alta biodisponibilidade intracelular, o que ocorreria com doses tóxicas desses medicamentos. Contudo, identificou-se que o RTV retarda a metabolização de outros IPs, tornando-os mais tempo disponíveis no meio intracelular, sem a necessidade de se utilizar doses elevadas desses medicamentos. (BERNAL, 2016). Portanto, os IPs, como ATV, LPV, FPV e DRV são usualmente associados ao RTV, como pode ser observado no GRÁFICO 2. Atualmente, o FPV não está mais disponível no SUS por ter se tornado um medicamento obsoleto que apresentava muito efeitos colaterais, com recomendação de ser substituído pelo DRV.

Esses resultados corroboram com os achados de um recente estudo sobre as prescrições de ARV no Estado do Paraná. No período de janeiro a junho de 2018, a combinação mais prescrita na primeira linha de tratamento foi o “2 em 1”. O RTV teve uma indicação expressiva por ser utilizado como potencializador de esquemas com IP, assim como o ATV e DRV foram fármacos prevalentes de segunda e terceira linha, respectivamente. Ainda de acordo com os autores, o MVQ teve uma baixa prevalência, assim como nesta pesquisa, pois, juntamente com a efuvirtida, são ARV de terceira linha e prescritos somente após condução de genotipagem. (BROJAN et al., 2020).

Até julho de 2017 um dos medicamentos mais prescritos era a associação de LPV com RTV, comercialmente denominado Kaletra®. Contudo, devido à alta toxicidade e intensidade dos efeitos adversos observados pelo LPV, seguindo recomendações internacionais, este foi excluído dos protocolos no país, sendo substituído pelo ATV. (BRASIL, 2017b). Observa-se que a prescrição de LPV/RTV (GRÁFICO 2) foi mais prevalente entre usuários assistidos exclusivamente pelo SUS, constituindo a diferença mais significativa entre os serviços de saúde. De acordo com o PCDT de 2017, o esquema de resgate para primeira falha de terapia inicial inclui dois ITRNs e um IP associado a RTV, geralmente o “2 em 1” com LPV/RTV. Uma hipótese para tal fato é que no SUS haja uma maior prescrição de esquemas de resgate, como o LPV/RTV, em virtude de que usuários do sistema público apresentam uma menor adesão à TARV em relação àqueles que se consultam no serviço privado, conforme foi discutido no item 4.2.2.2.

Outra situação comum é resistência primária aos antirretrovirais, que ocorre quando as variantes genéticas resistentes do vírus são transmitidas a outras pessoas, fazendo com que o paciente inicie a TARV com um esquema diferente do recomendado (“3 em 1” até 2017, ou “2 em 1” com DTG após 2018). Dessa forma, pode ser que indivíduos recém diagnosticados com o HIV comecem a terapia com o esquema de resgate LPV/RTV, mas não por falha terapêutica devido à uma adesão inadequada, mas pela mutação do vírus adquirido. A recomendação é que seja realizada a genotipagem antes da definição do LPV/RTV como um dos componentes do esquema inicial. A associação LPV/RTV é também indicada em casos de intolerância à EFV e NVP. (BRASIL, 2017a).

Logo, não é possível afirmar que o maior uso de LPV/RTV em usuários do SUS seja decorrente de uma baixa adesão à TARV. Porém, é uma conjectura a ser considerada, haja vista que a infecção por vírus resistente e os casos de intolerância, teoricamente, podem acontecer igualmente com usuários provenientes do serviço privado.

Há outras discretas diferenças entre terapias utilizadas por usuários do SUS e do serviço privado, como por exemplo maior prevalência de esquemas com FPV e DRV neste último (GRÁFICO 2). O DRV é um IP de maior potência para vírus resistente, quando comparado a outros da mesma classe, além de ter sido utilizado como substituto do FPV. Como a TARV é um tratamento altamente personalizado, tendo em vista os inúmeros fatores que interferem na escolha do esquema terapêutico, pode ser que as diferenças na prescrição destes esquemas terapêuticos entre os usuários exclusivos do SUS e do serviço privado sejam ao acaso.

## 4.2 DETERMINAÇÃO DE ADEÇÃO À TARV

### 4.2.1 Questionário CEAT

A TABELA 4 apresenta os parâmetros estatísticos obtidos a partir dos escores dos questionários, comparando usuários do SUS e do serviço privado de saúde.

TABELA 4 – PARÂMETROS ESTATÍSTICOS DETERMINADOS PARA O ESCORE BRUTO DO CEAT, COMPARANDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE

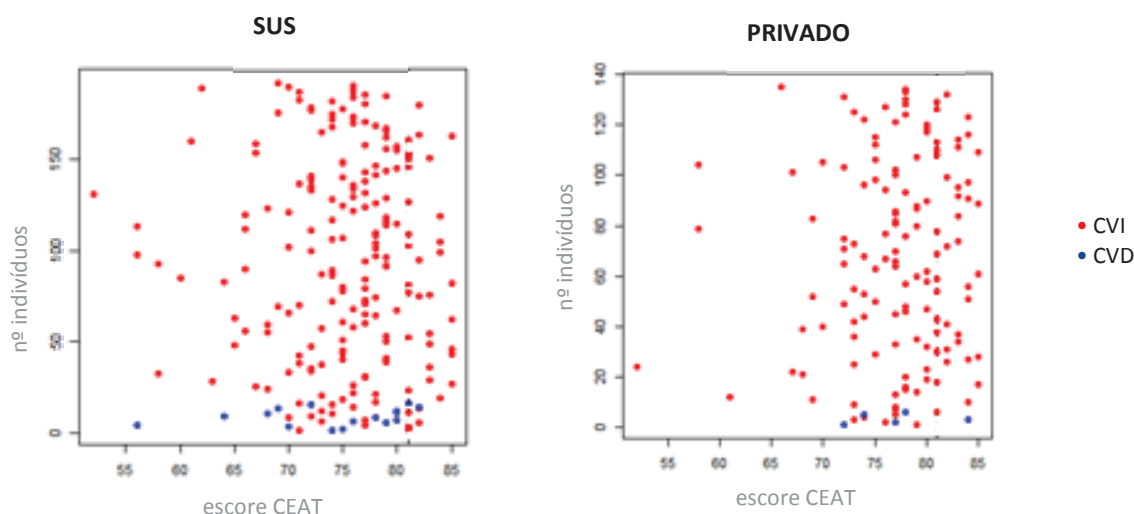
	SUS	PRIVADO	SUS + PRIVADO
<b>média</b>	75,16	76,94	75,88
<b>desvio padrão</b>	6,08	6,34	6,24
<b>mediana</b>	76,00	78,00	77,00
<b>mínimo</b>	52,00	41,00	41,00
<b>máximo</b>	85,00	85,00	85,00
<b>valor p</b>	0,0010 <sup>(1)</sup>		

FONTE: A autora, 2020

<sup>(1)</sup> Teste de Mann-Whitney

As médias de escore foram semelhantes, com um valor ligeiramente superior para usuários do serviço privado de saúde, que demonstrou diferença estatística significativa ( $p = 0,0010$ ) quando comparado aos usuários do SUS. Entretanto, esse desfecho não parece ter relevância prática, pois a distribuição dos escores dos usuários apresentou comportamento similar independente do serviço de saúde, como pode ser observado pelo GRÁFICO 3. Notam-se indivíduos com CVD e CVI distribuídos ao longo dos escores, tanto nos mais altos quando nos mais baixos, apesar da predominância entre 70 e 85.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DE CARGA VIRAL POR ESCORES, COMPARANDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE



FONTE: A autora (2020)

De acordo com recomendações do guia de orientação para análise do CEAT (REMOR, 2016), foram determinados também os percentis associados aos escores brutos (TABELA 5).

TABELA 5 – PERCENTIS DO ESCORE DO CEAT, COMPARANDO USUÁRIOS DOS DIFERENTES SERVIÇOS DE SAÚDE

	SUS (n = 208)	Privado (n = 141)	SUS + Privado (n = 349)
<b>Percentil</b>			
<b>25</b>	72	74	73
<b>50</b>	76	78	77
<b>75</b>	79	81	80
<b>85</b>	81	82	81
<b>90</b>	82	83	83
<b>95</b>	83	84	84

FONTE: A autora (2020)

Considerando a amplitude da pontuação (17 a 85), observa-se que os escores foram altos, com pouca variação entre os serviços de saúde, mas com valores discretamente superiores para os usuários que são assistidos por profissionais particulares.

Para esta amostra (n=349), independente do serviço de saúde utilizado pelos usuários, o escore 81 seria considerado para classificar usuários com adesão adequada ( $PC \geq 85$ ; escore  $\geq 81$ ) daqueles com adesão insuficiente ( $PC < 85$ ; escore  $< 81$ ). Nesse sentido, a TABELA 6 apresenta o número de usuários em cada classe de adesão, comparando os serviços de saúde.

TABELA 6 – CLASSIFICAÇÃO DE ADESÃO DE USUÁRIOS DE TARV DE ACORDO COM O CEAT, COMPARANDO USUÁRIOS DOS DIFERENTES SERVIÇOS DE SAÚDE

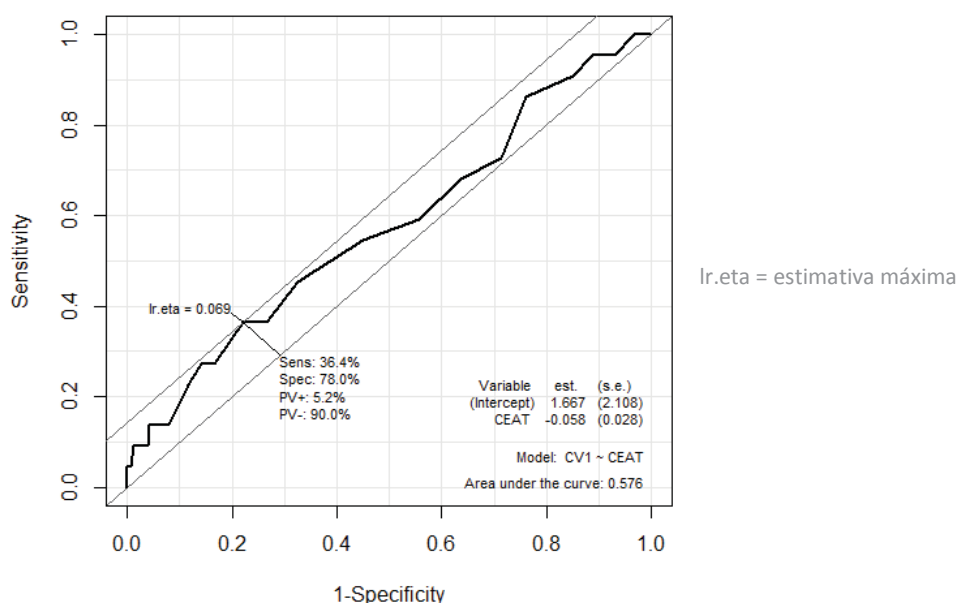
CLASSIFICAÇÃO DE ADESÃO	SUS			PRIVADO			SUS+PRIVADO		
	EB	n	%	EB	n	%	EB	n	%
<b>insuficiente</b> (PC < 85)	< 81	169	<b>81,2</b>	< 82	113	<b>80,1</b>	< 81	268	<b>76,8</b>
<b>adequada</b> (PC ≥ 85)	≥ 81	39	<b>18,8</b>	≥ 82	28	<b>19,9</b>	≥ 81	81	<b>23,2</b>

FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: EB – escore bruto

Novamente percebe-se pouca diferença entre os serviços de saúde utilizados. Porém, destaca-se o elevado percentual de indivíduos classificados com adesão insuficiente e que, teoricamente, poderiam apresentar carga viral detectável. Entretanto, somente 6,3% dos usuários do COA foram identificados com essa característica dentro do período de análise de 12 meses (TABELA 1). Por essa razão, o percentil 85 foi considerado inadequado como ponto de corte para esse estudo. Desse modo, com o objetivo de encontrar um melhor ponto de corte para a amostra, realizou-se uma análise da curva ROC para a totalidade dos indivíduos (GRÁFICO 4).

GRÁFICO 4 – CURVA ROC PARA A TOTALIDADE DA AMOSTRA (n = 349)



FONTE: A autora (2020)



Observa-se que a melhor combinação de sensibilidade e especificidade, ou seja, a estimativa produzida pelo modelo que atinge o máximo na curva ( $Ir.eta = 0,069$ ), indica 73 como o ponto de corte. No entanto, a probabilidade de o usuário ser corretamente classificado com adesão adequada (CVI;  $escore \geq 73$ ) ou insuficiente (CVD;  $escore < 73$ ) é de apenas 57,6% ( $AUC = 0,576$ ), isto é, quase ao acaso. Ainda, a sensibilidade obtida pelo modelo indica que o CEAT diagnostica corretamente somente 36,4% dos casos de CVD e 78% dos casos de CVI. Também foram realizadas análises da curva ROC para indivíduos atendidos exclusivamente pelo SUS ( $AUC = 0,534$ ) e pelo serviço privado ( $AUC = 0,634$ ), não demonstradas aqui devido à semelhança dos resultados.

Adicionalmente, avaliaram-se as curvas ROC definindo os pontos de corte de 81 a 70, escores com maior concentração de indivíduos, obtendo resultados similares ao GRÁFICO 4. Em todas as situações a área sob a curva permaneceu abaixo de 0,6, como mostra a TABELA 7.

TABELA 7 – COORDENADAS DA CURVA ROC PARA DIFERENTES PONTOS DE CORTE DO CEAT

Ponto de corte	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	AUC
81	90,9	15,0	0,529
80	86,4	23,9	0,551
79	72,7	28,7	0,507
78	88,2	36,4	0,523
77	59,1	44,3	0,517
76	54,5	55,0	0,548
75	50,0	61,2	0,556
74	45,5	67,6	0,585
73	36,4	73,4	0,549
72	38,4	78,0	0,572
71	27,3	83,5	0,554
70	27,3	85,9	0,566

FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: AUC – área sob a curva

Portanto, apesar de o CEAT ser um método validado e amplamente utilizado em estudos de adesão à TARV, nesta pesquisa o instrumento não se mostrou adequado para identificar usuários com dificuldades de seguimento terapêutico. Um dos motivos pode ser o perfil da amostra, que apresentou um elevado percentual de usuários com CVI, mesmo em escores mais baixos. Além disso, a eficácia das medicações atuais faz com que mesmo indivíduos que não apresentam a regularidade esperada de uso do ARV alcancem a supressão viral. Isso contribui para que a definição de pontos de corte seja algo complexo e de difícil determinação.

Lenzi (2013) determinou a adesão à TARV em um serviço especializado de São José dos Pinhais, Paraná, utilizando uma versão anterior do CEAT contendo 20 perguntas. Os participantes foram classificados em três grupos com relação à adesão: 35,3% com baixa ou inadequada, 30,3% com boa ou adequada e 34,5% com adesão estrita. Outro estudo conduzido em um hospital universitário de Recife, Pernambuco, identificou 0,66% dos pacientes com adesão baixa, 23,7% média e 75,7% com boa adesão. (JACQUES et al, 2014). Miyada e colaboradores (2017) utilizaram o CEAT na versão atual com 17 perguntas e definiram dois grupos de adesão: pacientes com escore maior ou igual a 80 ou alta adesão (19,3%) e escore menor que 80 ou não aderentes (80,7%). Por estes e outros exemplos observou-se que pesquisas que utilizam a versão mais antiga do questionário consideram geralmente três classificações de adesão, enquanto que nas mais recentes são duas, indicando basicamente uma adesão adequada e uma inadequada. Um dos motivos desta modificação na demonstração dos resultados pode ser justamente a maior eficiência dos ARV modernos, o que dificulta uma classificação objetiva, visto que estes podem manter a supressão viral mesmo com frequência de uso inferior ao recomendado. Ademais, os critérios para a definição do ponto de corte nem sempre são bem esclarecidos nos trabalhos. Os estudos citados mostram ainda que os níveis de adesão podem ser distintos dependendo da região do país, pois os aspectos sociais e econômicos, entre outros, estão associados com o sucesso ou falha do tratamento. (MIYADA et al, 2017). Assim, as diferentes interpretações e critérios de apresentação dos resultados do CEAT dificultam a comparação entre estudos.

#### 4.2.2 Avaliação dos Registros de Farmácia

##### 4.2.2.1 Comparação entre os três modelos de cálculo de adesão e associação com a supressão viral

A comparação entre os três modelos de cálculo mostrou que todos apresentaram associação com a supressão viral, apesar de nenhum demonstrar melhor relação que outro. No entanto, as taxas de adesão calculadas para cada modelo foram estatisticamente diferentes. O modelo RMF, que considera medicação residual e período fixo de análise, mostrou-se mais adequado que os demais, pois representa de modo mais realista as doses de ARV em posse do usuário. O modelo que utiliza período de análise variável deve ser utilizado com cautela, pois pode classificar erroneamente indivíduos não aderentes como aderentes. Mais detalhes dos resultados e discussão deste tópico encontram-se no artigo “Recommended Method for Health

Services to Determine Adherence to Antiretroviral Therapy: A Comparison of Three Models”, disponível no link <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31744394/>. (COSTA et al, 2019).

#### 4.2.2.2 Comparação de adesão por registros de farmácia entre usuários dos diferentes serviços de saúde

Utilizou-se para esta análise as taxas de adesão do modelo denominado RMF, que considera medicação residual e período observacional fixo, por ter se mostrado o mais adequado dentre os três modelos propostos, conforme discutido no item 4.2.2.1. Os parâmetros estatísticos determinados para as taxas de adesão comparando os usuários dos diferentes serviços de saúde estão representados na TABELA 8.

TABELA 8 – PARÂMETROS ESTATÍSTICOS PARA TAXA DE ADESÃO (%) DETERMINADA PELO MÉTODO MPR, COMPARANDO USUÁRIOS DOS DIFERENTES SERVIÇOS DE SAÚDE

SUS					PRIVADO					VALOR P
M	DP	med	mín	máx	M	DP	med	mín	máx	
90,96	13,47	95,62	19,67	107,12	92,58	13,66	98,08	28,69	111,78	0,041 <sup>(1)</sup>

FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: DP – desvio padrão; M – média; med – mediana; mín – mínimo; máx – máximo.

<sup>(1)</sup> Teste de Mann-Whitney

Observa-se que a média da taxa de adesão de usuários assistidos pelo serviço privado de saúde é aproximadamente 1,6% maior. Embora sejam valores nominalmente próximos, o valor de p demonstrou que essa diferença é significativa, indicando que os usuários do SUS apresentam taxas de adesão menores quando comparados àqueles que utilizam plano de saúde ou pagam as consultas médicas. Resultado semelhante foi encontrado para o método CEAT (item 4.2.1), quando da comparação das médias do escore bruto dos questionários.

A literatura científica é limitada quando o assunto é a relação dos serviços de financiamento à saúde com a adesão a um tratamento medicamentoso. Entretanto, um forte indicativo para justificar uma melhor adesão entre usuários do serviço privado pode ser o maior grau de instrução do indivíduo e, ainda, seu letramento em saúde. Este termo, cuja expressão no idioma inglês é *health literacy*, indica o grau em que as pessoas são capazes de obter, processar, compreender informações em saúde e utilizá-las para tomar decisões apropriadas. O letramento em saúde está associado com a promoção e melhora nas condições de saúde dos indivíduos, assim como menor risco de hospitalização e mortalidade. (MARAGNO et al., 2019).

Além disso, o nível de escolaridade dos indivíduos geralmente está relacionado com maiores rendas e a possibilidade de contratar plano de saúde suplementar. Ser beneficiário de plano de saúde facilita o acesso ao atendimento médico e a obtenção de prescrição, estando relacionado positivamente com a adesão ao tratamento. (MUNIZ et al., 2017; SILVA et al., 2012; TAVARES et al., 2013). Um estudo de 2014 demonstrou que há uma desigualdade importante entre o número de médicos que atendem no SUS e em consultórios particulares. Em nível nacional, a população que tem acesso a assistência médica suplementar tem cerca de três vezes mais médicos a sua disposição do que aqueles que utilizam o SUS, o que pode ser ainda mais discrepante dependendo da especialidade médica e da região do país. Aliado a isso, os profissionais especialistas estão predominantemente em consultórios particulares. (SCHAFFER, 2015). Sob o ponto de vista do cuidado ao usuário de TARV, esse dado é fortemente relevante para explicar a menor adesão que parece haver entre os pacientes do SUS, ainda mais considerando que os especialistas em infectologia parecem estar em menor número no sistema público. Sabe-se que os pacientes com HIV são acompanhados pelos médicos das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), sendo que alguns casos são matriciados por infectologistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A equipe do NASF é constituída por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de modo integrado em apoio aos profissionais das UBSs, sendo referência para casos mais específicos e complicados. (BRASIL, 2011).

Interessante ressaltar que neste estudo, 92,3% de usuários do SUS e 95,7% do serviço privado apresentavam supressão viral (TABELA 2). Isto mostra que estes resultados são semelhantes e superiores a 90%, o que indica que mesmo havendo menor adesão entre os usuários exclusivos do SUS, o acompanhamento destes pacientes assemelha-se aos do serviço privado, apesar do acesso limitado aos infectologistas.

Por outro lado, a baixa escolaridade é uma característica associada com a adesão inadequada. (SILVA et al., 2015). Considerando a existência de inter-relação entre ter plano de saúde e a alta escolaridade, pode-se pressupor que indivíduos com alto grau de instrução apresentem condições de contratar planos de saúde suplementar, tenham mais acesso aos médicos e assim, maior adesão às terapias farmacológicas. Ainda, a baixa escolaridade influencia diretamente na compreensão e cumprimento da prescrição, podendo dificultar a continuidade do tratamento. (SILVA et al., 2015). Além disso, corrobora com esta hipótese a análise descritiva da amostra deste estudo (item 4.1.1) que mostrou que as variáveis com diferença estatisticamente significativa entre usuários do SUS e do serviço privado foram justamente a escolaridade e ter plano de saúde. No que se refere à TARV, notável destacar que

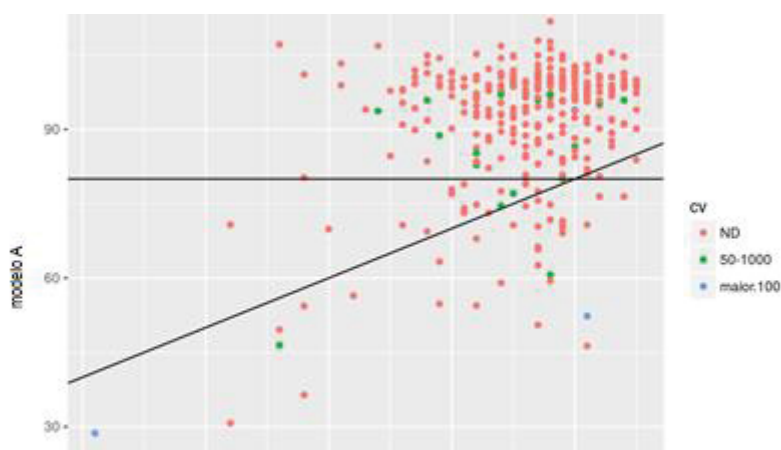
para uma adesão adequada é importante que os usuários compreendam o modo de ação dos ARV e a necessidade de administrá-los diariamente no mesmo horário, o que pode ser difícil para aqueles com baixa escolaridade.

Portanto, esta pesquisa demonstrou que há uma discreta, porém significativa diferença de adesão à TARV entre indivíduos provenientes do serviço privado de saúde em comparação ao sistema público. Entretanto, pode-se inferir que a assistência às PVHIV tanto no SUS quanto no serviço privado são satisfatórias, pois mais de 90% dos usuários estavam em supressão viral independente do serviço de saúde de procedência (TABELA 2).

#### 4.2.3 Correlação entre método CEAT e registros de farmácia

A taxa de adesão determinada pelo modelo RMF foi considerada para a análise de correlação do método de registro de farmácia com o CEAT. O GRÁFICO 5 apresenta a dispersão de pontos entre as taxas de adesão e o CEAT, sendo as cores demonstrativas da carga viral dos usuários.

GRÁFICO 5 – CORRELAÇÃO DE TAXAS DE ADESÃO DETERMINADAS PELO MODELO RMF E O MÉTODO CEAT



FONTE: A autora (2020)

A linha diagonal do gráfico indica que, se os valores estivessem sobrepondo-a, haveria a concordância perfeita entre os métodos. No entanto, o que se observa é o contrário. O valor de correlação de Pearson foi de 0.34603 (IC 95%: 0.25014 - 0.43520; valor  $p < 0.00001$ ) e o

coeficiente de concordância intraclasse 0.26301 (IC 95%: 0.16265 - 0.35799), ambos apontando para uma concordância fraca entre os dois métodos. Este resultado corrobora com os achados de outros trabalhos e pode ser explicado, em parte, por estar se comparando um método autoinforme com outro de maior precisão que se baseia em dados objetivos. (LENZI, 2013).

Conforme previamente discutido, para este estudo a utilização do questionário CEAT não se mostrou adequada para identificar usuários com dificuldade de adesão. Em contrapartida, o uso dos registros de farmácia, quando aplicado o modelo de cálculo que utiliza medicação residual e período fixo de análise, mostrou-se reprodutível, confiável e relativamente fácil de ser incorporado nos serviços de saúde. É importante destacar que os serviços em geral, pelo fluxo elevado de atendimentos ou pela falta de profissionais, precisam de acesso rápido a certas informações para que se possa identificar o perfil de adesão dos usuários. O questionário CEAT atualmente está disponível *on line* para preenchimento, mas sua aplicação remeteria a disponibilidade de, no mínimo, um dispositivo móvel com conexão à internet na unidade de atendimento, e eventualmente um profissional para dar instruções de uso do dispositivo e do questionário. Além disso, o CEAT é um método de autorrelato em que há maior risco de o usuário superestimar sua adesão.

Sabe-se que não há um método padrão ouro para determinação de adesão a um tratamento farmacológico, pois são muitas as variáveis a serem consideradas. Todavia, nesta pesquisa os registros de farmácia, quando adequadamente aplicados, mostraram-se capazes de fornecer resultados rápidos e confiáveis para as UDMs no país, uma vez que um único sistema de informação centraliza todos os dados do usuário e da medicação. Esta observação foi ratificada por Boer e colaboradores (2010), que apontaram que em países onde a dispensação dos ARV ocorre em diferentes locais, sem a centralização dos dados, a coleta das informações é dificultada e, por consequência, os resultados são menos confiáveis. Ainda, McMahon e colaboradores (2011) concluíram que, quando comparado aos métodos de autorrelato, os registros de farmácia mostram-se mais efetivos para determinar a adesão à TARV, especialmente quando se consideram para a análise períodos superiores a seis meses.

#### 4.2.4 Perfil de Adesão dos Usuários de TARV

Por fim, para definição do perfil da amostra em relação à adesão à TARV, realizou-se uma classificação dos usuários em quatro grupos, considerando a taxa de adesão de 80% como

ponto de corte recomendado pelo MS. (BRASIL, 2018b). Foram utilizadas as taxas de adesão do modelo RMF para essa análise (TABELA 9).

TABELA 9 - CLASSIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO À TAXA DE ADESÃO E CARGA VIRAL

		n	%
Grupo A	$\geq 80$ CVI	283	81,1
Grupo B	$< 80$ CVI	44	12,6
Grupo C	$\geq 80$ CVD	15	4,3
Grupo D	$< 80$ CVD	7	2,0
<b>TOTAL</b>		<b>349</b>	<b>100</b>

FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: CVI – carga viral indetectável;

CVD – carga viral detectável

Pode-se analisar a adesão de dois modos distintos na TABELA 9. Ao considerar com baixa adesão aqueles com menos de 80% de retirada dos medicamentos na UDM, a amostra apresenta 14,6% de não aderentes. Por outro lado, se a CVD for o elemento para essa análise, haveria 6,3% de não adesão. Ainda, se somarmos esses percentuais, os indivíduos com problemas no seguimento terapêutico, ou por baixa frequência de retirada dos ARV ou pela presença de CVD, seriam 18,9%. Independente da interpretação, a população amostrada apresenta um índice baixo de não adesão quando comparado aos aproximadamente 30% descritos na literatura, sendo um indicativo de qualidade no atendimento da UDM, conforme discutido anteriormente, ou decorrente de outros fatores, como o índice de escolaridade dessa população.

O grupo B, ainda que apresente CVI, pode indicar indivíduos no limite de adesão, com possibilidade de apresentar CVD nos próximos exames. Por outro lado, há indicativo de que usuários do grupo C, quando não estão manifestando falha terapêutica, não estejam tomando os medicamentos, apesar de retirarem na UDM. Dessa forma, exceto para os usuários do grupo A, os demais deveriam receber atenção especializada dos profissionais da saúde no sentido de identificar o(s) fator(es) que esteja(m) interferindo no adequado seguimento terapêutico.

Toda UDM pode ter esse perfil determinado para auxiliar na identificação daqueles que necessitem de intervenção. Contudo, ressalta-se que no aspecto da saúde pública, não deve haver tanta relevância no quantitativo de indivíduos em cada grupo, uma vez que um único usuário de TARV que esteja com problemas de adesão ou de resistência viral pode ser transmissor do HIV para inúmeras outras pessoas.



Neste sentido, como seria possível auxiliar o serviço de saúde na identificação e no acompanhamento desses indivíduos? Na tentativa de colaborar com esta e outras questões é que foram concebidas as próximas discussões.

### 4.3 ESTUDO DO COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE USUÁRIOS DE TARV E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

#### 4.3.1 Desenvolvimento dos Protocolos de Coleta de Dados

##### 4.3.1.1 Busca de fatores associados com a não adesão

Foram consultados 32 documentos, incluindo artigos nacionais, internacionais e protocolos do MS, para obtenção dos fatores associados à não adesão à TARV e que estão listados na TABELA 10.

TABELA 10 – FATORES ASSOCIADOS A NÃO ADESÃO À TARV

	Referências
<b>[a] Sociodemográficos e econômicos</b>	
Baixa escolaridade	1, 3, 6, 7, 14, 25, 27, 29, 30, 31, 32
Ter até 40 anos	2, 3, 9, 13, 14, 15, 21, 24, 29, 30
Baixa renda	3, 5, 7, 9, 11, 14, 18, 32
Estar desempregado	3, 6, 7, 14
Ser morador de rua	5, 13, 18
Ser do sexo masculino	9, 14
Não possuir plano de saúde	7, 24
Ser negro	24
<b>[b] Relacionados ao medicamento</b>	
Receio dos efeitos colaterais	1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 23, 27, 28, 29, 30
Dificuldade de ingestão da forma farmacêutica pela quantidade ou tamanho	1, 4, 5, 7, 12, 14, 16, 17, 25, 27, 30, 31
Complexidade da terapia	5, 9, 12, 25, 30
Palatabilidade desagradável da forma farmacêutica	17, 25
Dificuldade de tomar os ARV devido a condições especiais de conservação	1
Dificuldade de tomar os ARV junto com outros medicamentos	9
<b>[c] Relacionados ao usuário</b>	
Receio da interação e toxicidade causada pelo uso associado dos ARV com álcool e/ou drogas	1, 2, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 25, 27, 29, 30
Esquecimento das doses	2, 3, 5, 6, 9, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 22, 25, 30

Receio de sofrer discriminação ou do estigma	6, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 20, 22, 26, 27, 28
Presença de transtornos mentais, principalmente depressão e ansiedade	1, 2, 6, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 22, 26, 27
Dificuldade de organização da rotina em razão das necessidades do tratamento	1, 2, 5, 9, 13, 16, 17, 19, 22, 25, 27, 28
Receio de revelar a doença para outras pessoas ou de que a descobrissem	3, 5, 6, 8, 10, 12, 16, 18, 28
Falta de medicamento em casa	6, 9, 14, 16, 17, 19, 22, 25
Não compreensão ou compreensão inadequada de alguma informação sobre o tratamento	3, 4, 5, 6, 12, 18, 28, 30
Percepção de melhora na saúde ou crença de cura	3, 5, 6, 7, 10, 16, 17, 24
Percepção de piora na saúde	2, 16, 17, 19, 25, 27
Alimentação escassa	8, 10, 12, 17, 20, 27
Crença de que os ARV são prejudiciais à saúde / dúvidas quanto à efetividade da TARV	4, 5, 6, 13, 16, 18
Sentimento de tristeza, irritação, desesperança e cansaço	5, 6, 16, 19, 30
Presença de comorbidades ou outras doenças	5, 6, 18, 27
Receio dos efeitos tóxicos dos ARV	17, 18, 20, 22
Constrangimento para tomar os ARV próximo de outras pessoas	3, 5, 12, 19
Não aceitação da doença	1, 5, 12
Falta de tempo para buscar os medicamentos	3, 5, 16
Lembrança da doença pelo uso dos medicamentos	2, 5, 18
Falta de compromisso ou interesse com o tratamento	3, 6
Baixa autoestima ou autoeficácia	5, 18
Irregularidade às consultas de acompanhamento	4, 13
Crença de que a fé promoveria a cura	8, 10
Custos do tratamento	18, 20
Isolamento social	5, 32
Precariedade ou ausência de suporte social	27, 32
Falta de apoio familiar e/ou de amigos	6, 32
Dificuldade de readaptação da rotina após mudança na terapia	7
Desejo de seguir um tratamento mais natural	5
Incerteza dos efeitos dos ARV à longo prazo	5
Pouco conhecimento sobre o HIV e o tratamento	21
Necessidade de restrições dietéticas	5
Diminuição da qualidade de vida	5
Crenças religiosas que levam ao não uso dos medicamentos	10
Crença de que não há necessidade de tratamento	18
<b>[d] Relacionados aos serviços de saúde</b>	
Dificuldade de acesso ao serviço de saúde	3, 5, 6, 17, 18, 20, 22, 27, 28, 29
Fornecimento irregular ou falta de ARV no serviço de saúde	5, 8, 9, 10, 12, 17
Insatisfação na relação com o médico e outros profissionais de saúde	1, 3, 5, 18, 27, 30
Falta de confidencialidade no serviço de saúde	3, 12, 27
Necessidade de ir a diferentes serviços de saúde para retirada dos ARV / descentralização do cuidado	4, 7
Falta de profissionais nos serviços de saúde	10, 28
Tempo de espera excessivo para atendimento	27

1. BRASIL (2008); 2. Boretzki et al. (2017); 3. Tsega, Srikanth & Shewamene (2015); 4. Bonolo, Gomes & Guimarães (2007); 5. Mills et al. (2006); 6. Basti et al. (2017); 7. Bonolo et al. (2005); 8. Luimo et al. (2012); 9. Bijker et al. (2017); 10. McKinney et al. (2014); 11. Ankrah et al. (2016); 12. Mutwa et al. (2013); 13. Sullivan et al. (2007); 14. Carvalho, Merchan-Hamann & Matsushita (2007); 15. De Boni et al. (2016); 16. Remien et al. (2007); 17. Shubber et al. (2016); 18. Bolsewicz et al. (2015); 19. Kalichman, Kalichman & Cherry (2017); 20. Sankar et al. (2006); 21. Williams, Griffin & Uhl (2018); 22. Shet et al. (2016); 23. Galvão et al. (2011); 24. Dunn et al. (2018); 25. Dagli-Hernandez et al. (2016); 26. Sweeney & Vanable (2016); 27. Schatz et al. (2019); 28. Brasil (2010a); 29. Silva et al. (2015); 30. Lignani Júnior, Greco e Carneiro (2003); 31. Nemes, Carvalho e Souza (2004); 32. Lenzi et al, 2018.

FONTE: A autora (2020)

De acordo com Bonolo, Gomes e Guimarães (2007), são inúmeros os motivos que levam os usuários de ARV a não aderirem à terapia. Dentre eles, estão características sociodemográficas, fatores relacionados ao serviço de saúde, psicossociais e da terapia em si, além da percepção e gravidade da doença. Nesse sentido, como apresenta a TABELA 10, definiram-se quatro grandes grupos, relacionados [a] aos fatores sociodemográficos e econômicos, [b] ao medicamento, [c] ao usuário e [d] ao serviço de saúde. Em cada grupo estão listadas as barreiras para não adesão em ordem decrescente de frequência de citação nos artigos consultados.

Ressalta-se que os fatores são diferentes e característicos de determinadas regiões onde as pesquisas foram conduzidas. Questões culturais e socioeconômicas podem ditar certas condições que são comuns, por exemplo, em alguns países em desenvolvimento. A escassez de alimentos pode levar a desistência no uso dos ARV visto que muitos usuários são orientados a administrá-los durante a alimentação para evitar efeitos indesejáveis. Ainda, em outros locais onde os medicamentos não são custeados pelo governo e os serviços de saúde são descentralizados, a adesão é dificultada. No Brasil, alguns fatores aparecem com maior relevância, como a manifestação de eventos adversos ao uso dos ARV, relatado em inúmeros trabalhos. A mudança precoce de terapia ou até abandono de tratamento podem estar diretamente relacionados aos efeitos colaterais dos medicamentos (SILVA et al., 2015). De um modo geral, alguns trabalhos ainda mostram que quanto mais jovem e menor a escolaridade e renda, maior o índice de não adesão. (LENZI et al, 2018; BORETZKI et al., 2017; TSEGA, SRIKANTH & SHEWAMENE, 2015).

A despeito das questões sociodemográficas, ressalta-se a idade como fator que pode estar relacionado com a adesão. Apesar de os trabalhos divergirem quanto à faixa etária, existe uma indicação de que há maior chance de indivíduos com até 40 anos terem uma adesão menor do que os de mais idade (CARVALHO, MERCHAN-HAMANN & MATSUSHITA, 2007; LIGNANI JUNIOR, GRECO & CARNEIRO, 2003). O maior comprometimento que os

indivíduos de maior idade apresenta com os tratamentos de saúde pode ser uma das justificativas. (LIGNANI JUNIOR, GRECO & CARNEIRO, 2003). Além disso, gerações mais antigas vivenciaram o medo da doença quando esta não tinha tratamento, enquanto que os mais jovens parecem considerar a aids como uma enfermidade crônica sem grande importância, somado ao fato de haver distribuição “gratuita” dos ARV para o tratamento.

O fator escolaridade e renda também são importantes para essa análise e, conforme anteriormente discutido, há evidências de que quanto maior o grau de instrução e renda, menor a possibilidade de falha na adesão à terapia. Tal fato pode ser explicado possivelmente devido ao maior conhecimento sobre a doença e a importância do seu tratamento, a maior habilidade de falar sobre a doença e na obtenção de uma rede social de apoio. (LIGNANI JUNIOR, GRECO & CARNEIRO, 2003; NEMES, CARVALHO & SOUZA, 2004; LENZI et al, 2018). Segundo Carvalho, Merchan-hamann e Matsushita (2007), os usuários aderentes mostram um comportamento mais ativo durante o tratamento, contornando com mais facilidade os problemas, além de apresentarem um conjunto maior de estratégias para lembrarem-se de administrar os medicamentos. Por outro lado, as questões de gênero e etnia não parecem ser tão relevantes como fatores de não adesão quanto as demais.

Com relação aos aspectos inerentes aos usuários, o uso do álcool ou drogas ilícitas é um fator altamente relevante. Luimo e colaboradores (2012) apontam que as informações a respeito do uso concomitante do álcool com os ARV são muitas vezes transmitidas pelo profissional de saúde de modo proibitivo. Assim, nos dias em que os usuários fazem uso dessas substâncias, é comum que a administração dos ARV seja suspensa por receio de interação entre eles, seja pela inibição do efeito do ARV ou pela possibilidade de efeitos tóxicos (BORETSKI et al, 2017; LUIMO et al, 2012).

As informações sobre o que é a doença, como o HIV afeta o organismo, as etapas sintomáticas e assintomáticas, o que são os TCD4+, o que significa o exame de carga viral e a ação dos medicamentos ARV para controle do vírus são importantes para que o indivíduo se motive a seguir com a terapia (BRASIL, 2008). Portanto, o aspecto informacional é relevante tanto nos momentos sintomáticos quanto nos assintomáticos, pois há muita falha na adesão entre aqueles em boas condições de saúde que, ao perceberem-se saudáveis, interrompem o uso dos ARV. Nessa situação, torna-se essencial que o usuário saiba dos benefícios de continuar o tratamento e dos danos que o abandono da terapia poderá causar.

A preocupação e o medo dos eventos adversos podem afetar a continuidade do tratamento e é um fator de extrema importância de ser considerado. Dentre os principais efeitos estão os sintomas gastrointestinais, como náusea, diarreia, gases e azia, que surgem

especialmente no início do tratamento e nas trocas de terapia. Por vezes mais impactantes que estes está a lipodistrofia, que ocorre quando há acúmulo de gordura em áreas como mamas, região cervical, abdômen e dorso. Ainda, outros locais como face, glúteos, membros inferiores e superiores podem ter perda de gordura, o que expõe as veias deixando-as mais evidentes. Todas essas alterações anatômicas podem levar a uma interrupção do tratamento por impactarem diretamente na aparência física e na sexualidade dos usuários, além de trazerem um novo estigma em relação à doença, favorecendo a descoberta da condição soropositiva por outras pessoas (BRASIL, 2008). Entretanto, existem formas de prevenir ou controlar a lipodistrofia e esse conhecimento deve ser transmitido aos usuários pelos profissionais de saúde, de modo a evitar falhas no seguimento farmacoterapêutico.

Considerando que no Brasil os ARV são fornecidos pelo SUS, a falta dos medicamentos em casa pode significar que o usuário não os tem retirado no serviço de saúde ou não foi suficientemente esclarecido sobre a necessidade de não interromper o tratamento (CARVALHO, MERCHAN-HAMANN & MATSUSHITA, 2007). Ademais, o fato de não buscar os medicamentos pode estar relacionado à falta de tempo ou de organização da sua rotina diária, dificuldades no transporte até o serviço de saúde, horário de atendimento da farmácia que conflita com seu horário de trabalho ou falta de medicamento no serviço de saúde. Assim, nota-se que muitos dos fatores listados estão correlacionados e, por essa razão, a adesão à TARV é tão complexa e difícil.

#### 4.3.1.2 Seleção de fatores relacionados ao aspecto informacional

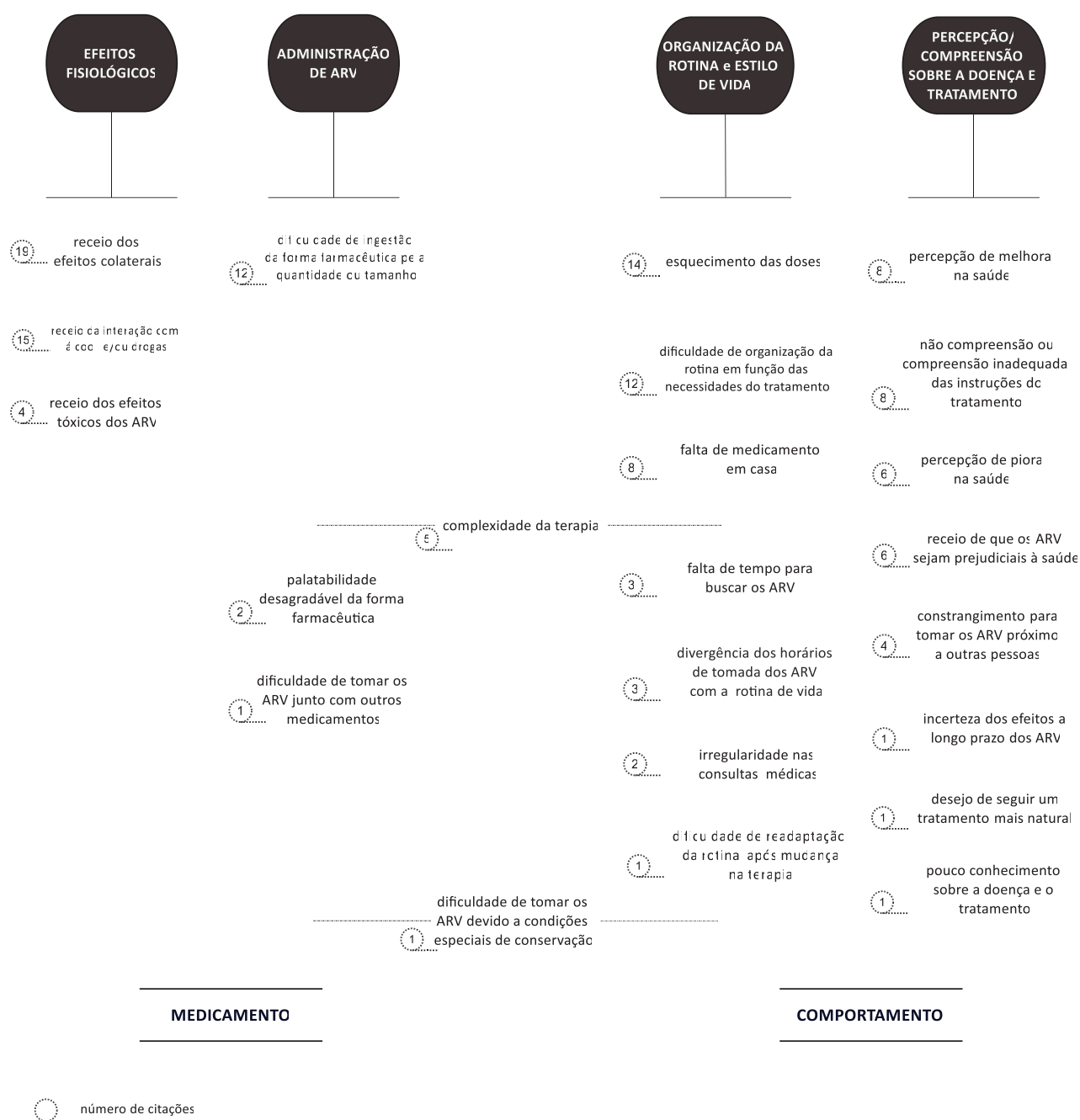
A partir da TABELA 10 foram elencados os fatores que apresentavam relação com aspectos informacionais. As características sociodemográficas e econômicas e os fatores relacionados aos serviços de saúde não foram escolhidos, pois se tratam de questões inerentes aos usuários e ao serviço, respectivamente. Da mesma forma, as crenças de um modo geral, como as religiosas ou da não necessidade de tratamento, são convicções ou opiniões formadas dos indivíduos e que não são modificáveis em um primeiro momento.

Alguns fatores voltados para aspectos emocionais e psicológicos dificilmente podem ser resolvidos pelo farmacêutico e seus auxiliares durante uma orientação de rotina, geralmente necessitando de um acompanhamento médico e terapêutico especializado. Dentre estes, pode-se citar: o medo da discriminação pela revelação da doença ou a não aceitação da sua condição de saúde; a presença de transtornos mentais ou comorbidades; sentimentos de tristeza, irritação ou desesperança; baixa autoestima; isolamento social e ausência de suporte social ou apoio

familiar. A falta de interesse pelo tratamento, a lembrança da doença provocada pelo uso dos medicamentos, a necessidade de restrições dietéticas, a escassez de alimentos e custo alto do tratamento são outros fatores que também não podem ser modificados com abordagem informacional.

Entretanto, vários outros, como a dificuldade de administrar os comprimidos pelo tamanho, quantidade ou palatabilidade, o esquecimento de doses ou a dificuldade de organização da terapia com a rotina de vida podem ser solucionados mediante orientação profissional. Assim, elaborou-se a FIGURA 7 considerando somente os fatores que, devido ao envolvimento com alguma questão informacional, podem modificar o comportamento do indivíduo.

FIGURA 7 – FATORES DE NÃO ADESÃO RELACIONADOS COM ASPECTOS INFORMACIONAIS



FONTE: A autora (2020)

Sob esta perspectiva, uma nova classificação foi realizada, separando os fatores em quatro grupos, relacionados com: [a] efeitos fisiológicos, [b] administração dos ARV, [c] organização e estilo de vida e [d] percepção ou compreensão da doença e tratamento.

Os dois primeiros grupos correspondem aos fatores de não adesão inerentes ao medicamento, pois se referem aos efeitos fisiológicos causados pelo seu uso e a sua

administração propriamente dita. No primeiro caso encontram-se os efeitos colaterais dos ARV, amplamente citados pela literatura como sendo um dos principais motivos para interrupção da TARV. O receio da utilização dos medicamentos juntamente com álcool e/ou drogas e a possível toxicidade gerada são outros fatores relevantes entre os usuários. No que se refere à administração do medicamento em si, características da forma farmacêutica configuram como aspecto importante para a adesão, especialmente o tamanho e a palatabilidade. Ainda, a complexidade da terapia pode estar relacionada com a quantidade de medicamentos que devem ser administrados diariamente. Nesse caso, deve-se levar em conta a possibilidade de que o usuário deva fazer uso associado dos ARV com outras classes terapêuticas ou a necessidade de conservação do medicamento em condições especiais. Apresentações farmacêuticas mais antigas e que não estão mais disponíveis, como cápsulas de ritonavir e saquinavir em cápsulas moles, deviam ser armazenadas em refrigeração, o que dificultava a adesão à TARV. (BRASIL, 2010b). A preservação do medicamento também pode ser visualizada como alusiva ao comportamento do usuário, conforme será explicado no item 4.3.2, pois pode ser um inconveniente quando há necessidade de carregá-lo consigo.

Fatores associados com a organização da rotina e estilo de vida, além daqueles que envolvam a percepção do usuário sobre a doença e o tratamento, foram os dois últimos grupos especificados na FIGURA 7 e que são relativos ao comportamento do usuário. Um dos principais fatores citados neste contexto é a dificuldade de organização da rotina diária para o correto seguimento do tratamento. Isso pode ser também relacionado com a complexidade do tratamento, pois envolve as retiradas mensais de medicação, a marcação e presença nas consultas e exames periódicos, a readaptação da rotina após as trocas de terapias, além de atitudes ou estratégias que impeçam o esquecimento das doses nos horários prescritos.

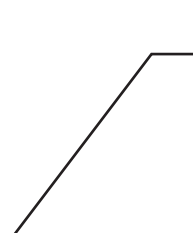
Observa-se que há mais variedade de fatores com enfoque humanista/comportamental interferindo na adesão à TARV. Entretanto, isto não significa que aqueles com enfoque clínico ou tecnológico relacionados ao medicamento sejam menos relevantes, pois são vastamente citados na literatura, principalmente os efeitos colaterais, o receio de uso do álcool e/ou drogas juntamente com os ARV e o tamanho ou quantidade dos comprimidos. Com vistas a compreender como os usuários entendem e se relacionam com esses fatores, a partir deste diagrama foram elaborados e aplicados os protocolos de pesquisa, na perspectiva da metodologia *sense-making*.



#### 4.3.2 Análise dos Protocolos de Coleta de Dados

Foram realizadas 15 entrevistas com usuários de TARV e 10 com profissionais de saúde, incluindo técnicos de enfermagem (4), farmacêuticos (3), médico (1), psicólogo (1) e enfermeiro (1), que ocupa o cargo de Autoridade Sanitária Local. A partir da transcrição das entrevistas, foi feita a transferência das informações para um quadro com os quatro elementos da metáfora de Dervin (**Etapa 1**). Em seguida, fez-se uma compilação de todas as “pontes” e “saídas” encontradas pelos 15 usuários e 10 profissionais de saúde para cada “lacuna” (**Etapa 2**). Ao final, elaborou-se uma síntese com os pontos principais do comportamento informacional de usuários e profissionais (**Etapa 3**). A FIGURA 8 apresenta estas três etapas da análise de dados, demonstrando apenas parte dos elementos que irão compô-las.

FIGURA 8 – ETAPAS DA ANÁLISE DE DADOS



[Etapa 1] quadro contendo o “contexto”, “lacunas”, “pontes” e “saídas” de cada participante entrevistado

(APÊNDICE 4, com 25 quadros).

QL002

USUÁRIO

CONTEXTO	LACUNAS [problemas]	PONTES [motivação que levou à ação diante do problema; estratégia que usou para lidar com o problema; tomada de decisão sobre o que fazer, cuja razão ou ponte não foi explicitada]	SAÍDAS [ação ou atitude para resolução ou não do problema; resultado; como fez para resolver ou não]
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais	[a] troca de informações com o médico; [b] informações que indicam manifestação de poucos efeitos colaterais para terapias mais modernas.	R [a,b] continuação do tratamento.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] experiência pessoal de que não se deve associar medicamentos com álcool; [b] troca de informações com o médico; [c] informações de que o uso concomitante do álcool com ARV deve ser evitado, mas não é motivo para interrupção do tratamento.	RP [a,b,c] uso de álcool socialmente.
	difículdade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] consciência da importância do tratamento; [b] necessidade de cuidar da família.	R [a,b] continuação do tratamento.
	complexidade do tratamento	[a] troca de informações com o médico; [b] consciência da importância do tratamento.; [c] compreensão dos problemas causados pela interrupção da terapia.	R [a,b,c] continuação do tratamento.
	palatabilidade desagradável do medicamento	[a] troca de informações com o médico; [b] experiência pessoal com outros medicamentos.	R [a,b] continuação do tratamento. [a,b] administração do medicamento junto com alimentação. [a] troca da terapia.

PS001

PROFISSIONAL

CONTEXTO	LACUNAS [problemas relatados pelo paciente ou observados pelo profissional de saúde]	PONTES [motivação que levou o profissional à ação diante do problema recebido; estratégia que usou para lidar com o problema recebido; tomada de decisão sobre o que fazer, cuja razão ou ponte não foi explicitada]	SAÍDAS [ação ou atitude ou orientação oferecida para o paciente para resolução do problema; resultado; como fez para resolver ou não]
Atendimento e/ou acompanhamento a usuários de ARV	receio dos efeitos colaterais	[a] experiência da rotina; [b] procedimento padrão da UDM <sup>(1)</sup>	[a] administração do ARV com alimentos; [b] mudança no horário de administração do ARV; [a,b] encaminhamento para farmacêutico.
	- problemas gástricos - insônia		
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] experiência da rotina.	[a] administração da medicação mesmo com o uso de álcool.
	difículdade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] experiência da rotina.	[a] ingestão juntamente com alimentos e/ou bastante líquido para facilitar a deglutição.
	complexidade do tratamento	[a] falta de aptidão para dar orientações; [b] procedimento padrão da UDM <sup>(1)</sup> .	[a] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico; [a,b] encaminhamento para farmacêutico.
	palatabilidade desagradável do medicamento	[a] experiência da rotina.	[a] ingestão dos comprimidos com bastante água <sup>(2)</sup> .
	difículdade de tomar os ARV junto com outros medicamentos	[a] falta de aptidão para dar orientações.	[a] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico <sup>(3)</sup> .
	esquecimento de dose	[a] informações da bula; [b] experiência da rotina.	[a,b] administração dos ARV com até 2 horas de intervalo do horário usual; [b] para evitar esquecimento, orientação de uso de alarme no celular e guarda do medicamento em local visível.
	falta do medicamento em casa	[a] experiência da rotina; [b] procedimento padrão da UDM <sup>(1)</sup> .	[a,b] orientação para retirar os ARV com no mínimo 5 dias antes de acabar em casa; [a] orientação para pedir para outra pessoa retirar; [a] orientação sobre a importância do tratamento.

## [Etapa 2] compilação das respostas de todos os entrevistados

(APÊNDICE 5, um quadro para usuários e um para profissionais)

### USUÁRIO

LACUNAS [problemas]	PONTES [motivação que levou à ação diante do problema; estratégia que usou para lidar com o problema; tomada de decisão sobre o que fazer, cuja razão ou ponte não foi explicitada]		SAÍDAS [ação ou atitude para resolução ou não do problema; resultado; como fez para resolver ou não]
	Informacionais	Motivacionais	
<b>Receio dos efeitos colaterais (8)</b>  - náusea (4) - lipodistrofia (3) - problema hepático (3) - diarreia (2) - problema renal (2) - problema dermatológico (2) - fraqueza (1) - delírio (1) - dor abdominal (1) - problema neurológico (1) - problema odontológico (1) - icterícia (1) - tontura (1) - distensão abdominal (1) - transtorno de humor (1) - gastrite (1) - depressão (1) - ansiedade (1)	- troca de informações com o médico (9) - busca de informações na bula (3) - busca de informações na internet (3) - busca de informações em material gráfico informativo (1) - troca de informações com farmacêutico (2) - troca de informações com profissional de saúde (2) - troca de informações com outras pessoas com HIV (1) - informações que indicam manifestação de poucos efeitos colaterais para terapias mais modernas (1) - informação de que a lipodistrofia, se ocorrer, surge após muitos anos de tratamento (1) - informação de que um dos ARV poderia causar icterícia	- manifestação de efeito colateral de pouca relevância (3) - manifestação de efeitos colaterais (2) - manifestação de efeitos colaterais limitantes (NR/R) (2) - não manifestação de efeitos colaterais que se esperava que tivesse (2) - realização periódica de exames (2) - validade (NR) (2) - desejo de estar saudável (2) - consciência da importância do tratamento (1) - experiência pessoal com amigos que desenvolveram efeitos colaterais (1) - experiência pessoal com depressão e ansiedade (1) - apoio espiritual (1) - carga viral indetectável e baixa possibilidade de transmissão do vírus (1) - desejo de não se hospitalizar em decorrência de infecções oportunistas (1) - alteração da aparência física e sentimento de exclusão social (NR) (1)	<b>R</b> - continuação do tratamento (10) - troca de terapia (4) - uso de medicamento para combater o efeito colateral (3) - suspensão da busca de informações na internet por gerar preocupação excessiva (2) - organização da rotina para evitar constrangimentos provocados pelo efeito colateral (1) - prática de exercícios físicos (1) - acompanhamento nutricional para alimentação saudável (1) - uso de suplementos alimentares (1) - uso de suplementos vitamínicos (1) - mudança no horário de administração do ARV (1) - administração do ARV com alimento (1)  <b>NR</b> - interrupção do tratamento (2)

### PROFISSIONAL

LACUNAS [problemas]	PONTES [motivação que levou à ação diante do problema; estratégia que usou para lidar com o problema; tomada de decisão sobre o que fazer, cuja razão ou ponte não foi explicitada]		SAÍDAS [ação ou atitude para resolução ou não do problema; resultado; como fez para resolver ou não]
	Informacionais	Motivacionais	
<b>Receio dos efeitos colaterais</b> <b>TE</b> problemas gástricos (2) insônia (3) pesadelo (2) icterícia cefaleia (2) diarreia (2) refluxo tontura problemas dermatológicos náusea / vômito desconforto abdominal  <b>ENF</b> náusea problemas gastrointestinais  <b>FAR</b> pesadelo insônia (2) cefaleia (2) náusea (2) hipercolesterolemia aumento de peso anemia distensão abdominal constipação diarreia icterícia lipodistrofia (2) problemas gastrointestinais	<b>TE</b> - informações da bula (2) - conhecimento de que os efeitos colaterais são normais em início de terapia, mas não devem ser intensos a ponto de impedir a adesão (1) - procedimento padrão da UDM (3) - troca de informações com farmacêutico (1)  <b>ENF</b> - informações da bula - troca de informações com o farmacêutico  <b>FAR</b> - informações da bula (2) - informações de artigos científicos (2) - site do MS - sites oficiais - informações de cursos e palestras - informações obtidas em curso de pós graduação - informações de protocolos oficiais - informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica - troca de informações com outros profissionais da área - grupos de whatsapp profissional - identificação do perfil do usuário, sua aceitação do diagnóstico e	<b>TE</b> - experiência de rotina (2) - falta de aptidão para dar orientações (1)  <b>ENF</b> - percepção de que não tem conhecimento para orientações mais complexas  <b>FAR</b> - experiência profissional (3) - experiência pessoal - percepção de que deve transmitir tranquilidade ao usuário	<b>TE</b> - administração do ARV com alimentos (2) - mudança no horário de administração do ARV (1) - encaminhamento para farmacêutico (1) - solicitação para que o usuário discuta o problema com o médico (2)  <b>ENF</b> - orientação sobre questões alimentares para diminuição dos sintomas - encaminhamento para farmacêutico  <b>FAR</b> - solicitação para que o usuário discuta o problema com o médico (3) - indicação de medicamentos para controle de alguns sintomas (2) - orientação sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos para prevenir alguns sintomas; - orientação sobre estratégias de uso do ARV que possam diminuir os efeitos colaterais - orientação de que os medicamentos mais modernos tem menos efeitos colaterais - utilização de linguagem adequada e individualizada para o usuário;

## [Etapa 3] síntese do CIH de usuários e profissionais

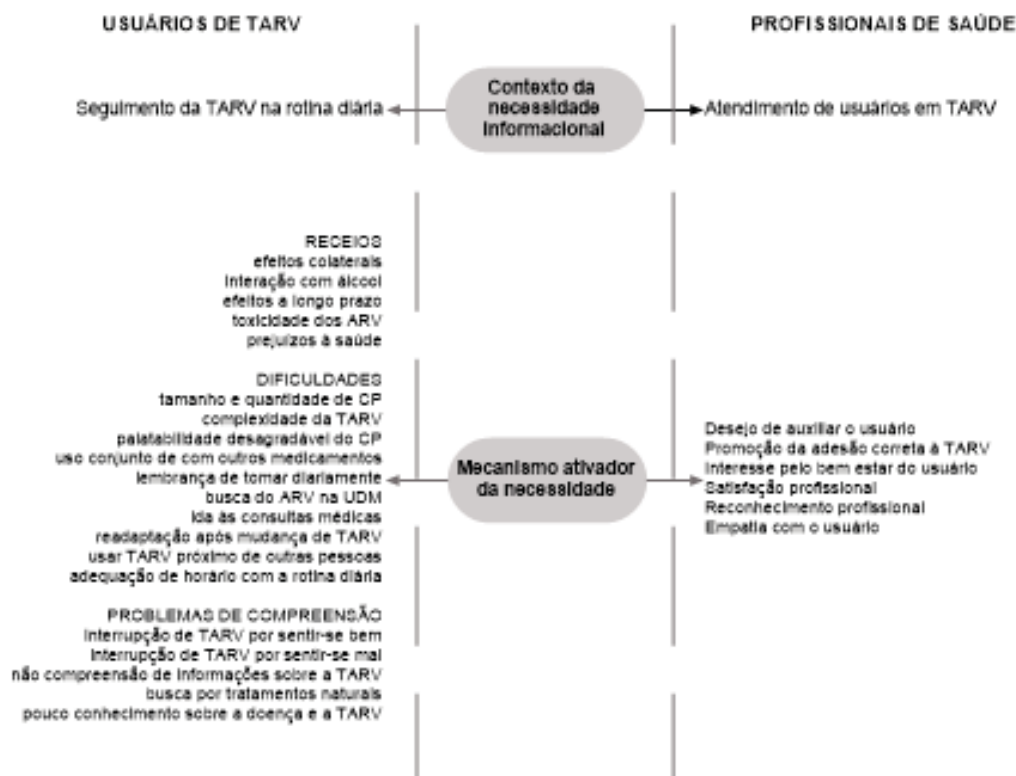
[a] sob a perspectiva do CIH de Dervin

[b] sob a perspectiva do CIH de Wilson

[a]

FATORES DE NÃO ADESAO (Lacunas)	ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR OS PROBLEMAS (Pontes)			RESULTADOS (Saídas)
	Informacionais	experiências positivas	experiências negativas	
<b>[1] Receios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>efeitos colaterais</li> <li>interação com álcool</li> <li>efeitos a longo prazo</li> <li>toxicidade</li> <li>prejudicar a saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>médico (38)<sup>(1)</sup></li> <li>internet (9)</li> <li>profissionais de saúde (8)</li> <li>farmacêutico (7)</li> <li>bula (6)</li> <li>peessoas com HIV (4)</li> <li>material gráfico informativo (2)</li> <li>aplicativos de relacionamento ou salas de "bate papo" online (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>consciência da importância do tratamento (17)</li> <li>experiência de uso de outros medicamentos<sup>(2)</sup> (8)</li> <li>não manifestação de efeitos colaterais ou efeitos de pouca relevância (6)</li> <li>estar bem de saúde com CVI (4)</li> <li>boa relação com o médico (2)</li> <li>menor complexidade de TARV mais modernas (1)</li> <li>apoio espiritual (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>não ter o medicamento consigo no horário de tomar (9) (R/RP)</li> <li>alteração da aparência física (3) (NR)</li> <li>manifestação de efeitos colaterais (2) (NR)</li> <li>internamentos em decorrência da aids (1) (R)</li> <li>relação hostil com o médico (1) (NR)</li> <li>falta de apoio familiar (1) (NR)</li> </ul>	<p>[R] continuação do tratamento por resolução total do problema.</p> <p>[RP] continuação do tratamento com resolução parcial do problema.</p> <p>[NR] interrupção do tratamento, ainda que por poucos dias.</p>
<b>[2] Dificuldade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>tomar o comprimido</li> <li>complexidade do tratamento</li> <li>palatabilidade desagradável</li> <li>uso junto com outros medicamentos</li> <li>lembrar de tomar diariamente</li> <li>ir buscar a TARV</li> <li>ir nas consultas</li> <li>readaptar rotina após mudança na TARV</li> <li>tomar o comprimido próximo de outras pessoas</li> <li>adequar o horário de tomar com a rotina</li> </ul>				
<b>[3] Problemas de compreensão</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>interromper a TARV por sentir-se bem</li> </ul>				

[b]



## Etapa 1

No APÊNDICE 4 constam todos os quadros com as interpretações das informações que foram transcritas a partir das entrevistas. A seguir, está exemplificado um destes quadros contendo as informações de um usuário.

Usuário QL003			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais	[a] busca de informações na bula; [b] troca de informações com o médico e com profissional de saúde que dispensa os ARV; [c] consciência da importância do tratamento; [d] não manifestação de efeitos colaterais que se esperava que tivesse.	<b>R</b> [a,b,c,d] continuação do tratamento.
	receio da interação do ARV com álcool	[a] experiência pessoal de que não se deve associar medicamentos com álcool; [b] troca de informações com o médico e com outras pessoas com HIV. [c] informações de que o uso concomitante de álcool e ARV deve ser evitado, mas não é motivo para interrupção do tratamento.	<b>R</b> [a] suspensão do uso do álcool no início do tratamento. <b>RP</b> [b,c] uso de álcool socialmente.
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] consciência da importância do tratamento. [b] troca de informações com o médico;	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento. [a,b] troca de terapia. [a] administração do medicamento com bastante líquido.
	falta à consulta médica	[a] percepção do esquecimento da consulta.	<b>NR</b> [a] remarcação de consulta.
	dificuldade de transportar ARV conservado em geladeira	[a] troca de informações com o médico; [b] consciência da importância do tratamento.	<b>R</b> [b] adequação do horário da medicação. [a,b] troca de terapia.
	constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas	[a] percepção de que não necessita dar explicações.	<b>R</b> [a] administração do medicamento mesmo perto de outras pessoas.

desejo de seguir um tratamento natural	[a] pesquisa pessoal sobre plantas que pudessem curar a doença, sem conclusões favoráveis; [b] informações que indicam manifestação de poucos efeitos colaterais para terapias convencionais mais modernas.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento convencional.
esquecimento de doses	[a] percepção do esquecimento; [b] troca de informações com o médico.	<b>NR</b> [a,b] não administração da dose esquecida, quando a percepção do esquecimento ocorre no dia posterior. <b>RP</b> [a] administração da dose esquecida em outro horário, quando a percepção do esquecimento ocorre no mesmo dia. <b>R</b> [a] correlação do horário do medicamento com alguma atividade de rotina doméstica [a] uso de porta comprimidos.

LEGENDA: **R** - resolveu totalmente; **RP** - resolveu parcialmente; **NR** - não resolveu

Foram definidas três possibilidades para as “saídas” encontradas pelos usuários: resolução total do problema (R), resolução parcial (RP) e problema não resolvido (NR). Apesar de as pessoas utilizarem-se de estratégias ou motivações para a solução de uma questão, não necessariamente ela encontra uma saída. Aqueles que esquecem de tomar os medicamentos (“lacuna”) acabam por interromper o tratamento (NR), mas podem encontrar estratégias, como o uso de alarme no celular (R), para continuar a terapia. Entretanto, se a pessoa não consegue manter sempre o mesmo horário de administração do ARV, ela resolveu parcialmente a dificuldade (RP). Este é um modo de analisar as situações e os motivos que levam os indivíduos a suspenderem a TARV, ainda que por poucos dias.

Nos quadros de análise das informações estão dispostos somente os problemas ou “lacunas” relatados pelos entrevistados, com suas respectivas “pontes”, que estão correlacionadas com as “saídas”. A interpretação de algumas das informações contidas no quadro do exemplo acima pode ser realizada da seguinte forma:

- Durante tratamento com TARV (“contexto”), usuário QL003 relatou ter receio dos efeitos colaterais dos ARV (“lacuna”). Para enfrentar este problema (“ponte”), ele [a] buscou informações sobre o medicamento na bula e [b] conversou com o farmacêutico e com outros profissionais de saúde. Ele tem [c] consciência da importância do tratamento e [d] no decorrer do tratamento não manifestou os efeitos colaterais que se esperava que tivesse. A partir das “pontes” que ele utilizou ([a] [b] [c] [d]), ele resolveu a questão (“saída”) dando continuidade ao tratamento apesar do receio inicial.
- Durante tratamento com TARV (“contexto”), usuário QL003 relatou ter receio da interação do ARV com o álcool (“lacuna”). Para enfrentar este problema (“ponte”), ele [a] lembrou-se que não se deve associar medicamentos com álcool. Assim, ele resolveu o problema (“saída”) [a] suspendendo o uso do álcool no início do tratamento. Depois de [b] conversar com o médico e com outras pessoas com HIV, entendeu que [c] não se deve interromper o tratamento mesmo que faça uso do álcool. A partir dessa informação, resolveu parcialmente o problema ([b] [c]) fazendo uso social de bebida alcoólica.
- Durante tratamento com TARV (“contexto”), usuário QL003 relatou que algumas vezes esqueceu de tomar o medicamento (“lacuna”). Ele interrompia o tratamento (“saída”) ao não tomar a dose perdida quando [a] se dava conta do esquecimento no dia seguinte (“ponte”), pois [b] recebeu essa orientação do médico. Quando [a] se lembrava do medicamento no mesmo dia, resolvia parcialmente o problema (“saída”) tomando a dose em horário diferente do usual.

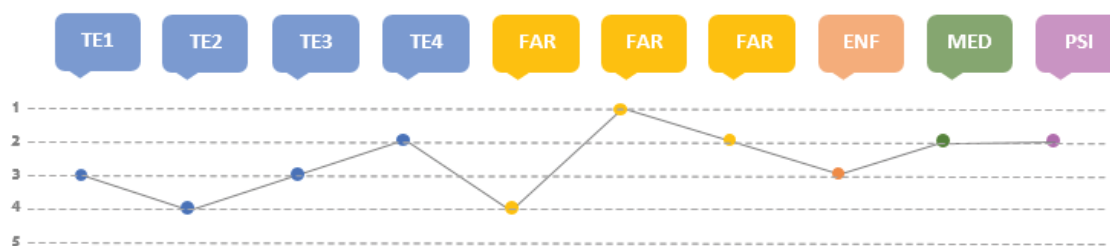
Dessa forma os comportamentos de busca e uso das informações dos usuários e profissionais foram analisados. Especificamente para a equipe de saúde, um diagrama de oscilações de frequência foi elaborado. Conforme apresentado a seguir, na horizontal estão as ocupações dos entrevistados, em que [TE] é técnico de enfermagem, [FAR] farmacêutico, [ENF] enfermeiro, [MED] médico e [PSI] psicólogo. As respostas estão numeradas na vertical de acordo com a Escala Likert, em que 1 é “sempre” e 5 é “nunca”. A interpretação desse diagrama permite analisar a concordância ou discordância entre os profissionais a respeito das principais dúvidas que os usuários apresentam durante o atendimento.

Os GRÁFICOS de 6 a 10 representam os diagramas relacionados com os fatores de não adesão associados ao uso dos ARV, seja pelo seu efeito fisiológico ou pela administração do(s) comprimido(s) em si. Observa-se que há forte oscilação nas respostas sobre os receios dos efeitos colaterais (GRÁFICO 6), com tendência a haver concordância entre os profissionais



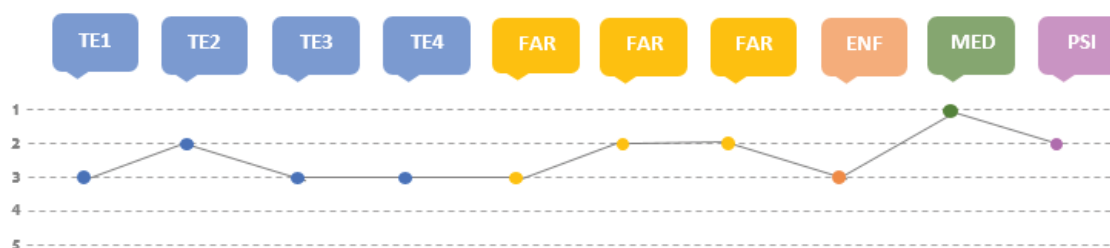
de que este é um problema relatado com frequência pelos usuários. A mesma interpretação pode ser feita para o receio do uso dos medicamentos com álcool ou drogas (GRÁFICO 7).

GRÁFICO 6 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O RECEIO DOS EFEITOS COLATERAIS



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR - farmacêutico; ENF - enfermeiro; MED - médico; PSI - psicólogo; 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 - às vezes; 4 - quase nunca; 5 - nunca.

GRÁFICO 7 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O RECEIO DA INTERAÇÃO DOS ARV COM ÁLCOOL E/OU DROGAS



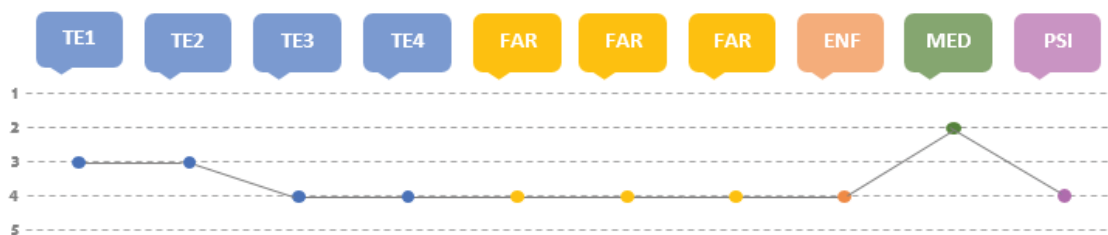
LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR - farmacêutico; ENF - enfermeiro; MED - médico; PSI - psicólogo; 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 - às vezes; 4 - quase nunca; 5 - nunca.

Destaca-se nos relatos dos profissionais a importância que o usuário dá para a continuidade de uso de bebida alcoólica, pois dada a cronicidade do tratamento, faz parte do cotidiano das pessoas, no mínimo, o uso social do álcool. Os receios mais comuns dessa associação são a diminuição da eficácia do ARV e eventuais efeitos tóxicos no organismo. Entretanto, não houve menção sobre o uso de drogas, pois, segundo um técnico de enfermagem, os usuários dependentes geralmente abandonam a terapia e os usuários eventuais raramente relatam durante o atendimento.

Percebe-se que atualmente, pela evolução do tratamento e da eficiência dos medicamentos, do ponto de vista dos profissionais, não é mais um problema comum para os usuários o tamanho, quantidade (GRÁFICO 8) e gosto dos comprimidos (GRÁFICO 9), conforme demonstrado a seguir.

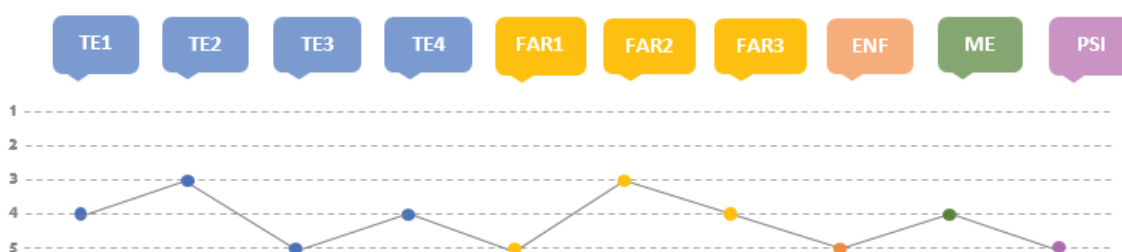


GRÁFICO 8 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A DIFICULDADE DE TOMAR OS COMPRIMIDOS POR SEU TAMANHO E/OU QUANTIDADE



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR - farmacêutico; ENF - enfermeiro; MED - médico; PSI - psicólogo; 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 - às vezes; 4 - quase nunca; 5 - nunca.

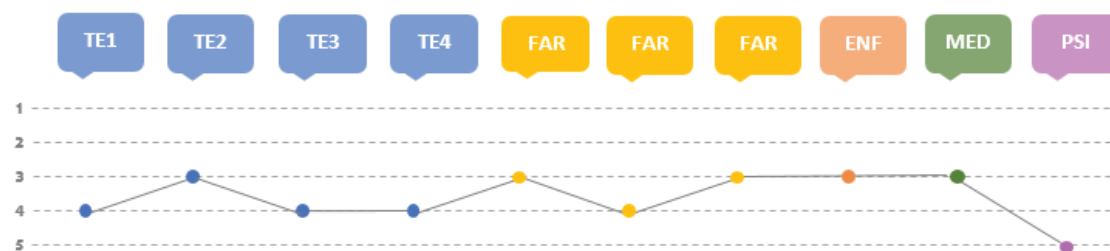
GRÁFICO 9 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A PALATABILIDADE DESAGRADÁVEL DO MEDICAMENTO



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR - farmacêutico; ENF - enfermeiro; MED - médico; PSI - psicólogo; 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 - às vezes; 4 - quase nunca; 5 - nunca.

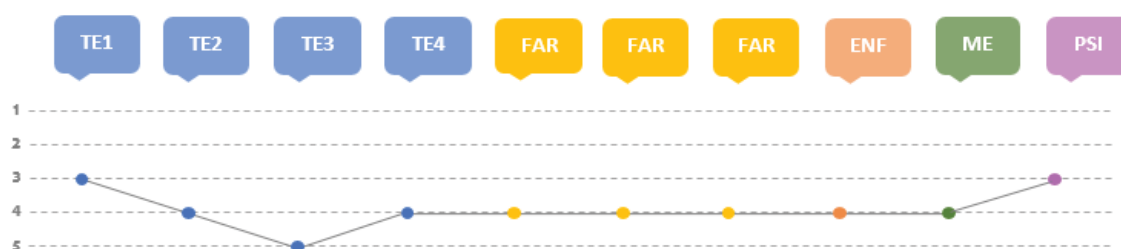
De acordo com o PCDT (BRASIL, 2018b), recomenda-se que adultos diagnosticados com HIV, exceto casos de coinfeção, gestantes e intolerância ou contraindicações específicas, iniciem a terapia com dois comprimidos, o medicamento “2 em 1” e o DTG, com administração única diária. Na ocasião da coleta dos dados, quando estava em vigor o PCDT de 2013, a terapia inicial era composta pela coformulação “3 em 1”, com o uso de um comprimido ao dia. Portanto, faz alguns anos que a complexidade do tratamento (GRÁFICO 10) não é mais uma questão a ser enfrentada, o que também explica a relativa facilidade com que os usuários conseguem adaptar sua rotina ao tratamento, mesmo com eventuais mudanças na terapia ao longo dos anos. Os GRÁFICOS 11 e 12 mostram forte concordância entre os entrevistados que quase nunca ou nunca percebem essas dificuldades durante os atendimentos. Segundo as narrativas dos profissionais, as mudanças de terapia causam transtornos em situações especiais em que a resistência viral pode exigir a prescrição de ARV de esquemas mais complexos, o que significa maior quantidade de comprimidos e diversidade terapêutica.

GRÁFICO 10 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A COMPLEXIDADE DO TRATAMENTO



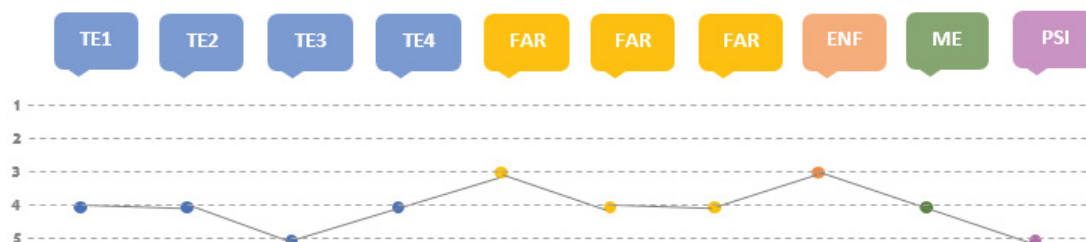
LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR – farmacêutico; ENF – enfermeiro; MED – médico; PSI – psicólogo; 1 – sempre; 2 – quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

GRÁFICO 11 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A INCOMPATIBILIDADE DE HORÁRIO DOS MEDICAMENTOS COM A ROTINA



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR – farmacêutico; ENF – enfermeiro; MED – médico; PSI – psicólogo; 1 – sempre; 2 – quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

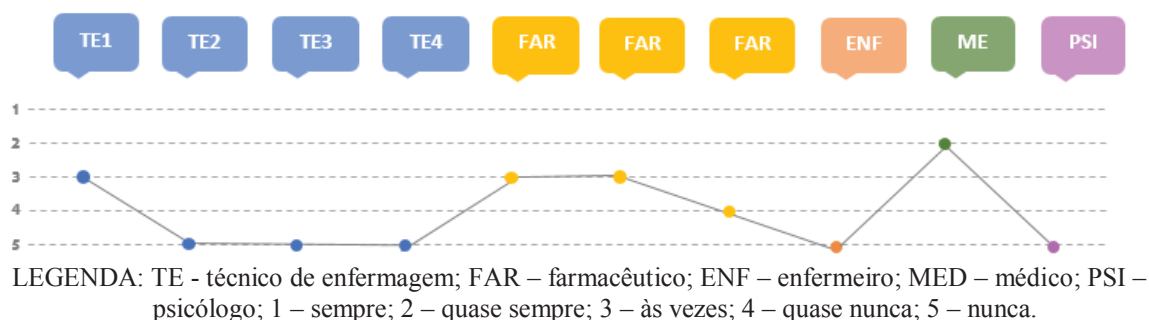
GRÁFICO 12 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A DIFICULDADE DE READAPTAÇÃO DA ROTINA APÓS MUDANÇA DA TERAPIA



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR – farmacêutico; ENF – enfermeiro; MED – médico; PSI – psicólogo; 1 – sempre; 2 – quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

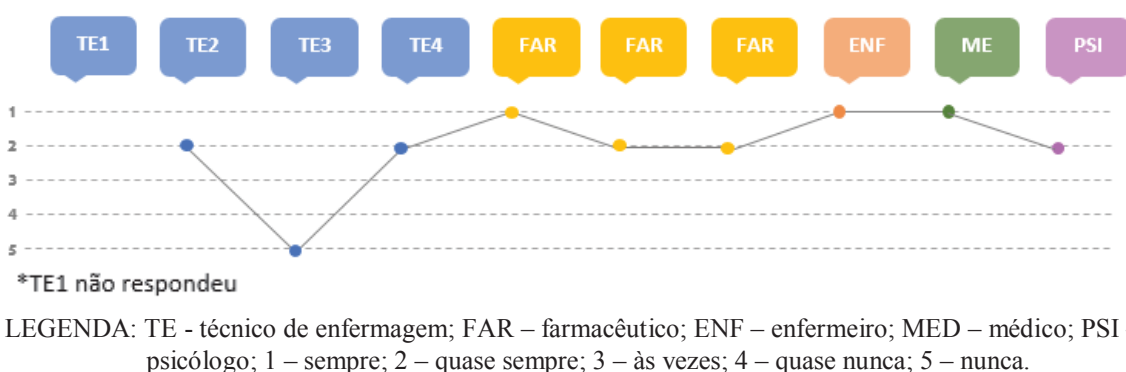
A dificuldade de administração do ARV juntamente com outros medicamentos (GRÁFICO 13) não é um fator frequentemente relatado pelos profissionais, exceto na fala do médico. Uma possível justificativa para esse fato, segundo alguns entrevistados, é a frequência cada vez maior de jovens com HIV/aids e que fazem uso somente do ARV como uso contínuo.

GRÁFICO 13 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A DIFICULDADE DE TOMAR OS ARV JUNTO COM OUTROS MEDICAMENTOS



Muito embora atualmente nenhuma medicação necessite de armazenamento sob refrigeração, os entrevistados foram concordantes que esse era um problema frequentemente relatado pelos usuários (GRÁFICO 14), o que era previsto pela dificuldade em transportar o medicamento. Somente um técnico em enfermagem relatou nunca ter recebido reclamações sob esse aspecto.

GRÁFICO 14 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A DIFICULDADE DE CONSERVAÇÃO E TRANSPORTE DOS MEDICAMENTOS



Os receios de toxicidade (GRÁFICO 15) e principalmente dos efeitos a longo prazo (GRÁFICO 16) são preocupações percebidas pela equipe de saúde com certa frequência. Observa-se que há uma discreta tendência de discussão sobre estes assuntos com os profissionais que geralmente dispendem maior tempo de atendimento com o usuário, como farmacêutico e médico.

GRÁFICO 15 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O RECEIO DA TOXICIDADE DOS MEDICAMENTOS

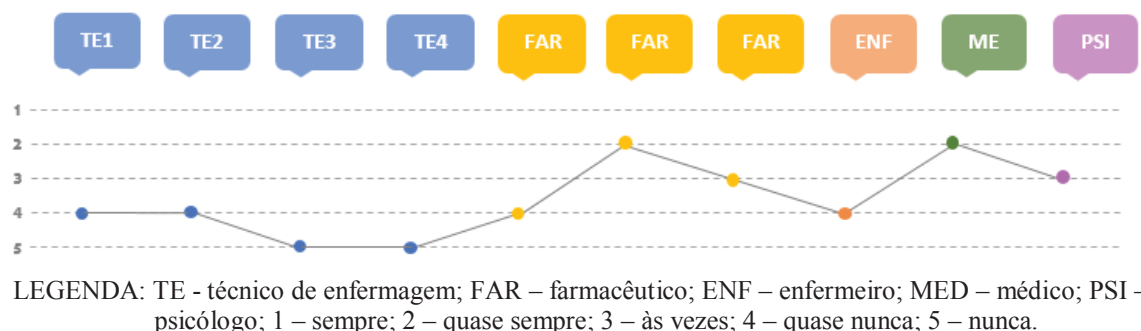
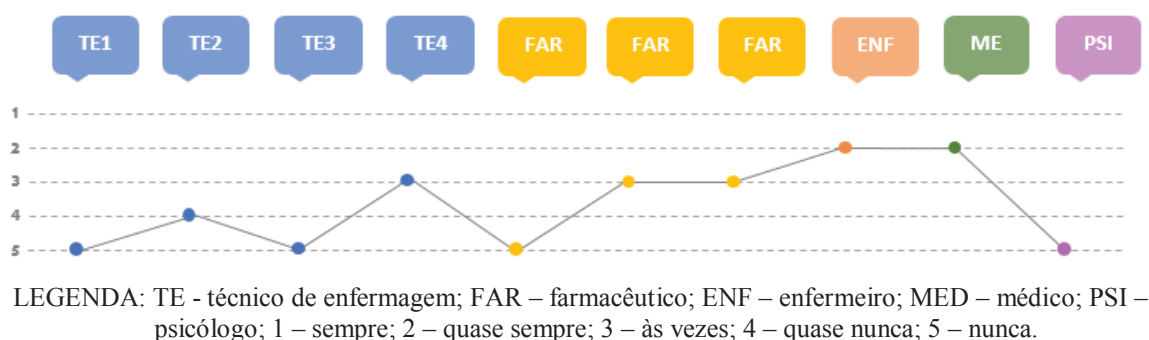


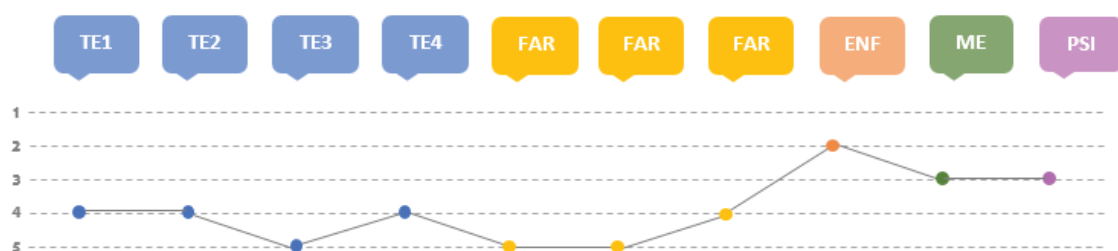
GRÁFICO 16 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O RECEIO DOS EFEITOS A LONGO PRAZO



De acordo com o relato do psicólogo, o foco das sessões de terapia, em grande parte dos usuários, é voltado para questões comportamentais, de aceitação e convivência com a doença, com preconceitos e estigmas. Por essa razão, nas perguntas relativas ao efeito do medicamento, como mostram os GRÁFICOS 8, 9, 10, 11, 12, 15 e 16, os usuários raramente questionam este profissional sobre esses temas.

Para a pergunta sobre um possível efeito prejudicial dos ARV à saúde (GRÁFICO 17), houve oscilação maior das respostas entre o enfermeiro, médico e psicólogo em relação aos demais, pois estes parecem receber mais esse tipo de questionamento. Por efeito prejudicial, de acordo com as falas dos profissionais, pode-se entender eventos adversos e danos aos órgãos e tecidos após longo tempo de uso, havendo controvérsias por parte de alguns pacientes sobre o custo benefício dos ARV.

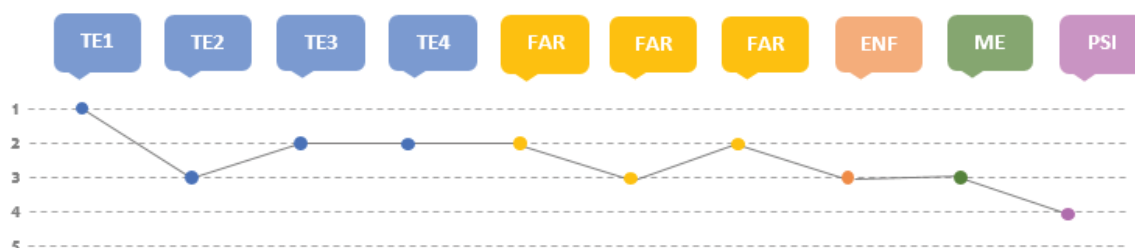
GRÁFICO 17 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O RECEIO DE QUE OS MEDICAMENTOS SEJAM PREJUDICIAIS À SAÚDE



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR – farmacêutico; ENF – enfermeiro; MED – médico; PSI – psicólogo; 1 – sempre; 2 – quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

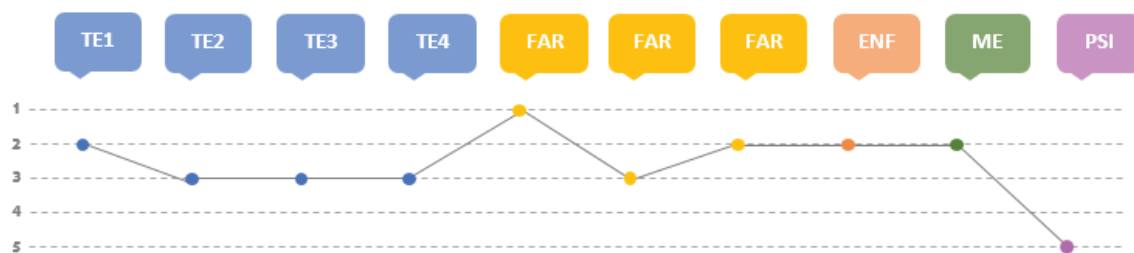
A ausência de medicamento em casa, independente do motivo, assim como a falta às consultas médicas são questões frequentemente percebidas pelos profissionais, como mostram os GRÁFICOS 18, 19 e 20. Exceção se faz para o psicólogo, que como explicado anteriormente, usualmente não aborda com os pacientes assuntos práticos e documentais necessários para o seguimento do tratamento. Houve fracas oscilações nas respostas destes diagramas, o que pode indicar que a retirada mensal de medicamento e a obrigatoriedade de comparecer às consultas, na perspectiva dos profissionais, são fatores que parecem ser um problema para os usuários.

GRÁFICO 18 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A FALTA DOS MEDICAMENTOS EM CASA



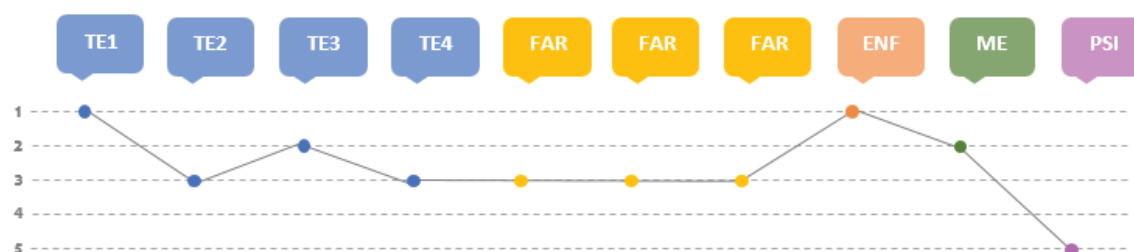
LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR – farmacêutico; ENF – enfermeiro; MED – médico; PSI – psicólogo; 1 – sempre; 2 – quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

GRÁFICO 19 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A FALTA DE TEMPO PARA RETIRAR OS MEDICAMENTOS



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR - farmacêutico; ENF - enfermeiro; MED - médico; PSI - psicólogo; 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 - às vezes; 4 - quase nunca; 5 - nunca.

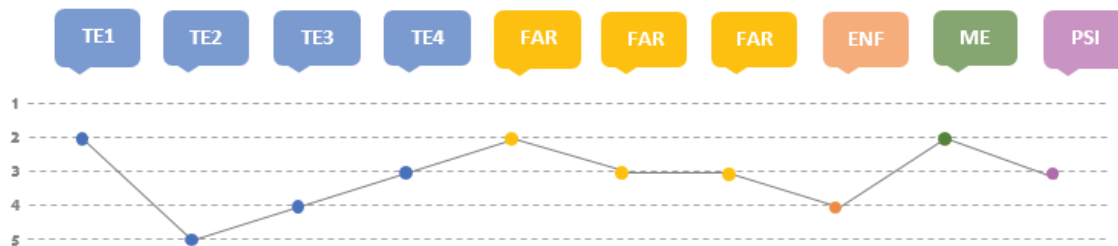
GRÁFICO 20 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A FALTA À CONSULTA MÉDICA



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR - farmacêutico; ENF - enfermeiro; MED - médico; PSI - psicólogo; 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 - às vezes; 4 - quase nunca; 5 - nunca.

Com relação ao esquecimento de dose (GRÁFICO 21), os profissionais foram bastante discordantes nas respostas, que variaram de quase sempre a nunca. Esse é um fator que na maioria das vezes tem que ser percebido pelo profissional durante o atendimento ou consultando as datas de retirada dos ARV no SICLOM. Geralmente o usuário não relata espontaneamente que esquece de tomar por receio de não receber mais a medicação, como uma conduta punitiva ao seu comportamento.

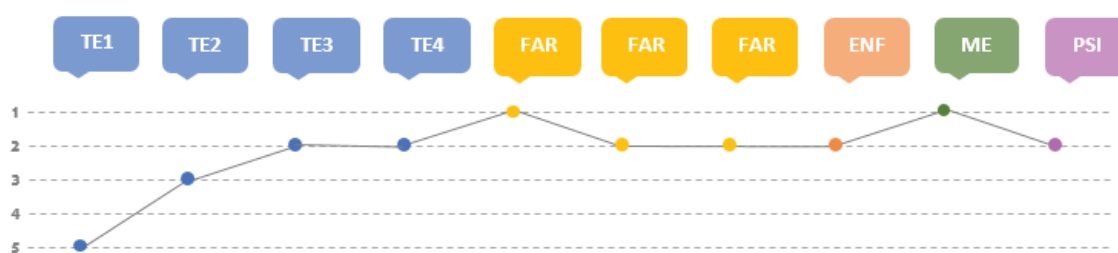
GRÁFICO 21 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O ESQUECIMENTO DE DOSES



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR - farmacêutico; ENF - enfermeiro; MED - médico; PSI - psicólogo; 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 - às vezes; 4 - quase nunca; 5 - nunca.

Um fator frequente que indica provocar transtorno aos usuários é o constrangimento em tomar os comprimidos próximo de outras pessoas, pois isso abre precedente para perguntas sobre a função do medicamento e sobre a condição de saúde do indivíduo. O GRÁFICO 22 mostra a forte concordância entre os profissionais sobre essa questão, com a maioria relatando perceber quase sempre essa dificuldade durante os atendimentos.

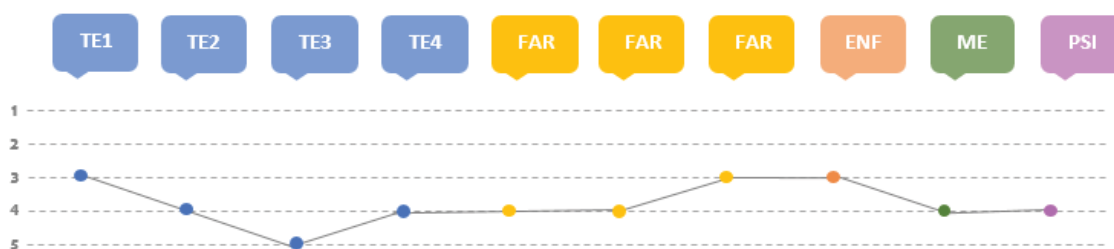
GRÁFICO 22 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O CONSTRANGIMENTO DE TOMAR OS ARV PRÓXIMO DE OUTRAS PESSOAS



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR – farmacêutico; ENF – enfermeiro; MED – médico; PSI – psicólogo; 1 – sempre; 2 – quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

Uma questão que não parece ser frequente, ao menos nos diálogos entre usuário e profissional durante o atendimento, é o uso de tratamentos naturais em detrimento do convencional (GRÁFICO 23). Sabe-se que não há outra forma efetiva de controlar a quantidade de vírus circulante exceto pelo uso dos ARV, e isso parece ser de conhecimento dos usuários, de acordo com os profissionais.

GRÁFICO 23 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE O DESEJO DE SEGUIR UM TRATAMENTO NATURAL

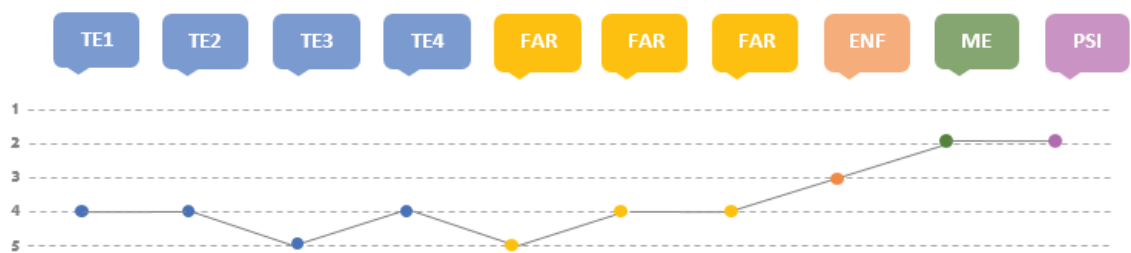


LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR – farmacêutico; ENF – enfermeiro; MED – médico; PSI – psicólogo; 1 – sempre; 2 – quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

Para as perguntas a respeito do conhecimento sobre a doença (GRÁFICO 24) e o não entendimento de alguma informação sobre o tratamento (GRÁFICO 25), os profissionais apresentaram discordâncias quanto às respostas. No entanto, de modo geral, parece que a falta de informação do usuário sobre a TARV não é um fator facilmente perceptível pelos profissionais nos atendimentos. Segundo alguns entrevistados, são os pacientes iniciais que

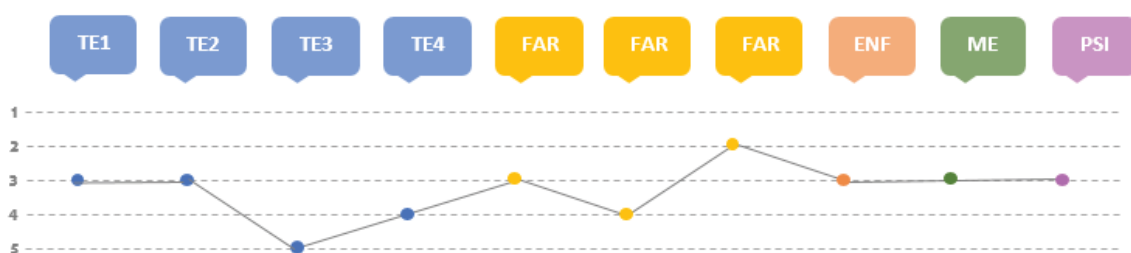
demonstram ter menos informações. Ainda assim, materiais informativos sobre o HIV e o tratamento são amplamente encontrados principalmente na internet e redes sociais, locais onde os usuários geralmente se informam assim que recebem o diagnóstico.

GRÁFICO 24 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A PERCEPÇÃO DE POUCO CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA E/OU TRATAMENTO



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR – farmacêutico; ENF – enfermeiro; MED – médico; PSI – psicólogo; 1 – sempre; 2 – quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

GRÁFICO 25 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A PERCEPÇÃO DE NÃO ENTENDIMENTO OU COMPREENSÃO INCORRETA DE ALGUMA INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO



LEGENDA: TE - técnico de enfermagem; FAR – farmacêutico; ENF – enfermeiro; MED – médico; PSI – psicólogo; 1 – sempre; 2 – quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

Tanto a interrupção do tratamento porque o usuário sentiu-se bem de saúde (GRÁFICO 26) quanto por sentir-se mal (GRÁFICO 27), foram fatores de forte discordância entre os profissionais. Para os técnicos de enfermagem, esse tipo de questão parece não ser frequentemente comentada durante os atendimentos. Para um dos farmacêuticos e o médico é mais comum perceber interrupção da TARV quando os usuários se sentem bem, ao contrário da opinião de outro farmacêutico. Observou-se pelas entrevistas que a boa condição de saúde é um fator importante que leva os usuários a descontinuar a terapia. Isto se deve à dificuldade que parece haver no entendimento do modo de ação dos ARV, pois os usuários desconhecem que justamente estão saudáveis pelo uso dos medicamentos. Além disso, muitos são resistentes ao uso crônico dos medicamentos e, em dado momento do tratamento, quando estão em boas condições de saúde, desistem da terapia. Por outro lado, sentir-se mal geralmente está associado



à manifestação de efeitos colaterais, que como será discutido adiante, é um forte motivo para a interrupção da TARV.

GRÁFICO 26 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO PORQUE SENTIU-SE BEM DE SAÚDE

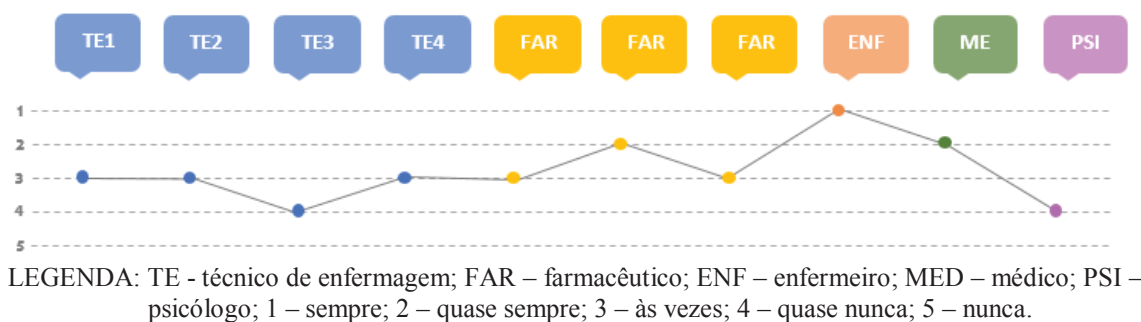
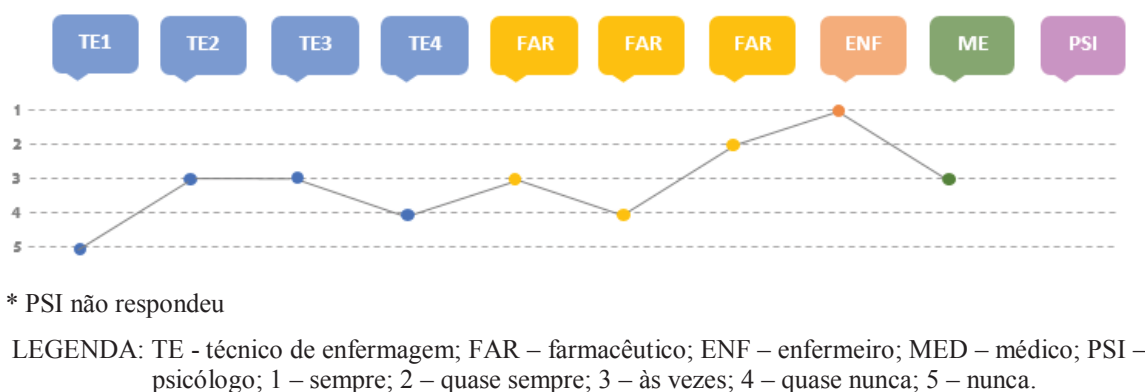


GRÁFICO 27 – DIAGRAMA DE OSCILAÇÃO DE FREQUÊNCIA SOBRE A INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO PORQUE SENTIU-SE MAL DE SAÚDE



Os diagramas demonstraram que os fatores de não adesão à TARV mais frequentemente percebidos pelos profissionais de saúde atualmente são de âmbito comportamental, principalmente no que se refere a necessidade de comparecer à consulta e retirada de medicação, além do constrangimento de ter que tomar os comprimidos próximo de outras pessoas. Relacionado aos ARV, o receio dos efeitos colaterais e a longo prazo e o uso associado ao álcool foram os elementos mais concordantes entre os profissionais que levam os usuários a descontinuidade da TARV.

## Etapa 2

Nessa etapa realizou-se uma compilação das informações de todos os usuários e profissionais de saúde entrevistados, conforme apresenta o APÊNDICE 5. Destaca-se que os

números ao lado das informações indicam frequência de citação pelos entrevistados, sem objetivo de constituir uma análise quantitativa, sendo unicamente uma indicação de tendência.

De modo geral, observou-se que as pessoas enfrentam os problemas utilizando aspectos informacionais, como a leitura da bula, mas também motivados por fatores ou experiências pessoais. Por essa razão, as “pontes” foram separadas em informacionais e motivacionais. Para os profissionais de saúde optou-se por separar as informações em função das ocupações dos entrevistados, visto que cada cargo apresenta suas especificidades.

### **Etapas 3**

A partir dos resultados obtidos na etapa anterior, realizou-se uma síntese dos pontos principais do comportamento informacional de usuários de TARV e equipe de saúde das UDMs, os quais foram apresentados de duas formas. A primeira delas trata-se de uma síntese a partir do APÊNDICE 5 sob a perspectiva da metodologia de Dervin, e que está descrita nos QUADROS 5 e 6, referentes ao comportamento informacional de usuários e profissionais de saúde, respectivamente. A seguir, os dados destes quadros foram correlacionados com os elementos da teoria do CIH de Wilson, conforme explicou-se mais adiante, e representados considerando os aspectos da busca e uso da informação a partir da necessidade informacional.

Os QUADROS 5 e 6, portanto, ressaltam os principais problemas de nível informacional enfrentados pelos usuários de TARV (“lacunas”). Estão listadas ainda as estratégias mais utilizadas para o enfrentamento destas dificuldades (“pontes”), que foram divididas em informacionais e motivacionais pelas características que apresentam, além dos resultados (“saídas”) obtidos após a busca pela solução dos problemas. Destaca-se que as estratégias de enfrentamento estão elencadas na ordem decrescente de citação pelos entrevistados, indicando primeiro aquelas mais mencionadas nas entrevistas. Para os profissionais de saúde (QUADRO 6), foram ainda indicadas a ocupação dos profissionais.

QUADRO 5 - COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE USUÁRIOS SOB A PERSPECTIVA DA METODOLOGIA DE DERVIN, NO CONTEXTO DO SEGUIMENTO TERAPÊUTICO DE USO DA TARV

FATORES DE NÃO ADESÃO (Lacunas)	ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAR OS PROBLEMAS (Pontes)				RESULTADOS (Saídas)
	Informacionais	Motivacionais			
		experiências positivas	experiências negativas		
<b>[1] Receios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• efeitos colaterais</li> <li>• interação com álcool</li> <li>• efeitos a longo prazo</li> <li>• toxicidade</li> <li>• prejudicar a saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ médico (38)<sup>(1)</sup></li> <li>▪ internet (9)</li> <li>▪ profissionais de saúde (8)</li> <li>▪ farmacêutico (7)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ consciência da importância do tratamento (17)</li> <li>♦ experiência de uso de outros medicamentos <sup>(2)</sup> (8)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ não ter o medicamento consigo no horário de tomar (9) (R/RP)</li> <li>♦ alteração da aparência física (3) (NR)</li> </ul>	<p>[R] continuação do tratamento por resolução total do problema.</p> <p>[RP] continuação do tratamento com resolução parcial do problema.</p>	
<b>[2] Dificuldade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tomar o comprimido</li> <li>• complexidade do tratamento</li> <li>• palatabilidade desagradável</li> <li>• uso junto com outros medicamentos</li> <li>• lembrar de tomar diariamente</li> <li>• ir buscar a TARV</li> <li>• ir nas consultas</li> <li>• readaptar rotina após mudança na TARV</li> <li>• tomar o comprimido próximo de outras pessoas</li> <li>• adequar o horário de tomar com a rotina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bula (6)</li> <li>▪ pessoas com HIV (4)</li> <li>▪ material gráfico informativo (2)</li> <li>▪ aplicativos de relacionamento ou salas de “bate papo” online (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ não manifestação de efeitos colaterais ou efeitos de pouca relevância (6)</li> <li>♦ estar bem de saúde com CVI (4)</li> <li>♦ boa relação com o médico (2)</li> <li>♦ menor complexidade de TARV mais modernas (1)</li> <li>♦ apoio espiritual (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ manifestação de efeitos colaterais (2) (NR)</li> <li>♦ internamentos em decorrência da aids (1) (R)</li> <li>♦ relação hostil com o médico (1) (NR)</li> <li>♦ falta de apoio familiar (1) (NR)</li> </ul>	<p>[NR] interrupção do tratamento, ainda que por poucos dias.</p>	
<b>[3] Problemas de compreensão</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• interromper a TARV por sentir-se bem</li> <li>• interromper a TARV por sentir-se mal</li> <li>• não compreensão de informações</li> <li>• uso de terapia natural</li> <li>• pouco conhecimento da doença e TARV</li> </ul>					

FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: CVI - carga viral indetectável; TARV – terapia antirretroviral

NOTA: <sup>(1)</sup> Número de citações pelos entrevistados, unicamente com o objetivo de apontar tendência.

<sup>(2)</sup> Por exemplo, como tomar comprimidos grandes, mimetizar sabores desagradáveis e minimizar os efeitos colaterais.

QUADRO 6 - COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA METODOLOGIA DE DERVIN NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE TARV

FATORES DE NÃO ADESÃO (Lacunas)	ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAR OS PROBLEMAS (Pontes)		RESULTADOS (Saídas)
	Informacionais	Motivacionais	
<b>[1] Receios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>efeitos colaterais</li> <li>interação com álcool</li> <li>efeitos a longo prazo</li> <li>toxicidade</li> <li>prejudicar a saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>procedimento padrão da UDM (TE/FAR) (20)<sup>(1)</sup></li> <li>bula (TE/ENF/FAR) (17)</li> <li>internet <sup>(2)</sup> (FAR/ENF/MED) (12)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>experiências pessoais e profissionais (TE/ENF/FAR/MED/PSI).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>orientações técnicas ou comportamentais visando a adesão</li> <li>utilização de estratégias verbais (linguagem de fácil compreensão) e gráficas (uso de desenhos e adesivos) individualizadas</li> </ul>
<b>[2] Dificuldade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>tomar o comprimido</li> <li>complexidade do tratamento</li> <li>palatabilidade desagradável</li> <li>uso junto com outros medicamentos</li> <li>lembrar de tomar diariamente</li> <li>ir buscar a TARV</li> <li>ir nas consultas</li> <li>readaptar rotina após mudança na TARV</li> <li>tomar o comprimido próximo de outras pessoas</li> <li>adequar o horário de tomar com a rotina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>curiosos, treinamentos e eventos científicos (FAR/MED/ENF) (11)</li> <li>outros profissionais da área <sup>(3)</sup> (FAR/MED) (8)</li> <li>farmacêutico (TE/ENF/PSI) (6)</li> <li>material gráfico informativo da indústria farmacêutica (FAR) (6)</li> <li>aplicativos para interação medicamentosa (FAR) (1)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>encaminhamento do usuário para médico, farmacêutico ou fonoaudiólogo</li> <li>encaminhamento do usuário para acompanhamento em UBS</li> </ul>
<b>[3] Problemas de compreensão</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>interromper a TARV por sentir-se bem</li> <li>interromper a TARV por sentir-se mal</li> <li>não compreensão de informações</li> <li>uso de terapia natural</li> <li>pouco conhecimento da doença e TARV</li> </ul>			

FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: TARV – terapia antirretroviral; UDM – unidade dispensadora de antirretrovirais; UBS – unidade básica de saúde; TE – técnico de enfermagem; ENF – enfermeiro; FAR – farmacêutico; MED – médico; PSI – psicólogo

NOTAS: <sup>(1)</sup> Número de citações pelos entrevistados, unicamente com o objetivo de apontar tendência.

<sup>(2)</sup> Inclui sites oficiais como do MS, protocolos, notas técnicas e artigos científicos.

<sup>(3)</sup> troca de informações por contato pessoal ou em grupos de Whatsapp®

Para discutir estes resultados, foi proposta uma equivalência das informações obtidas por meio da metodologia de Dervin com os elementos do modelo informacional de Wilson. Conforme previamente discutido (item 2.6), a abordagem sobre comportamento informacional de Dervin (1986) está mais voltada para aspectos metodológicos, incluindo técnicas para coleta e análise de dados. Em contrapartida, Wilson (1999) propôs uma teoria de comportamento de busca e uso da informação a partir de necessidades informacionais. Assim, considerando o pressuposto conceitual de Dervin, propôs-se uma correlação entre os elementos da metodologia (“contexto”, “lacuna”, “ponte” e “saída”) com os conceitos da teoria (necessidade informacional, mecanismos ativadores da necessidade e da busca, variáveis intervenientes e comportamentos de busca e uso da informação). O QUADRO 7 apresenta as equivalências que foram consideradas e as respectivas justificativas.

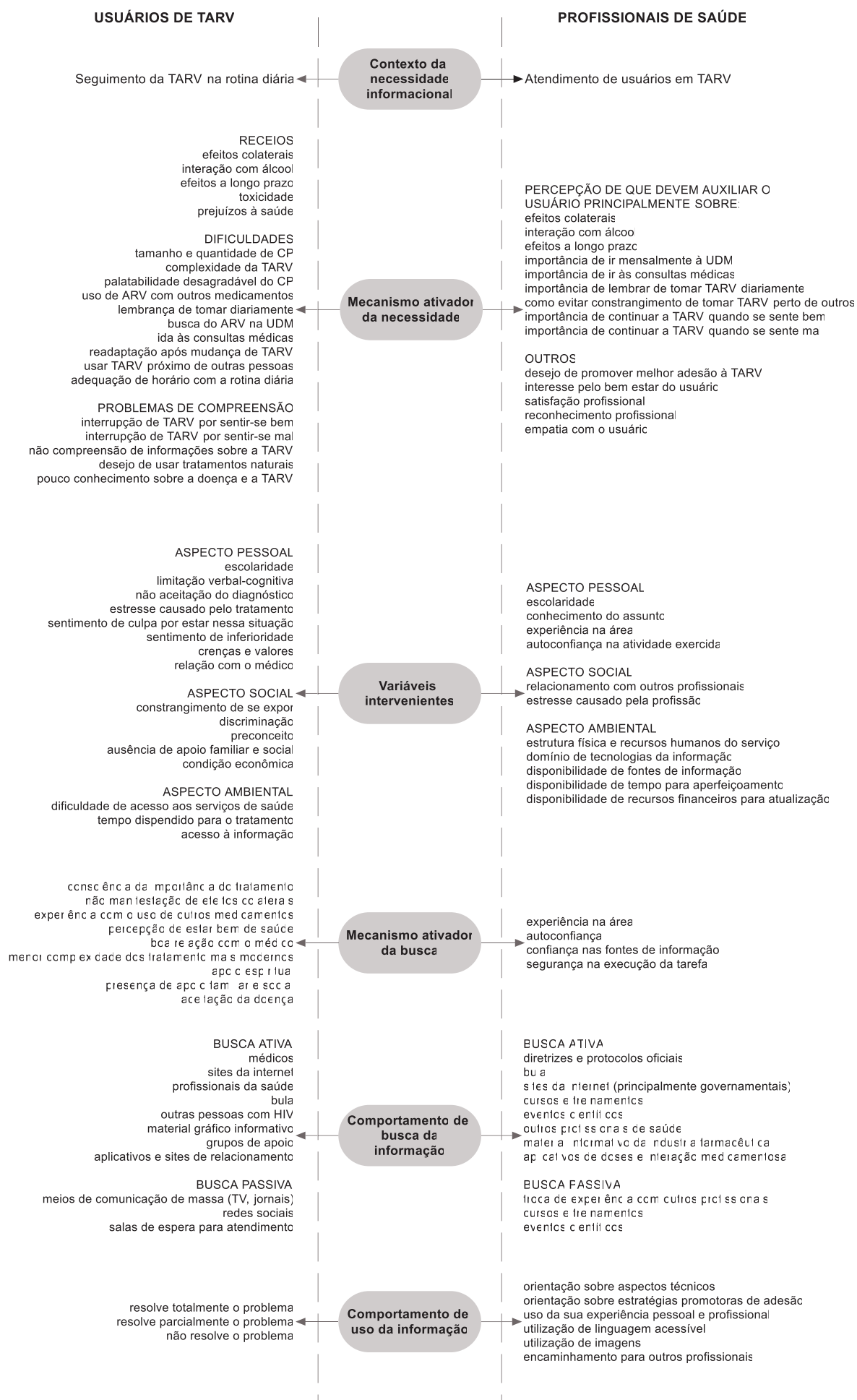
QUADRO 7 – CORRELAÇÃO ENTRE OS ELEMENTOS DA METODOLOGIA DE DERVIN E DO MODELO DE COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE WILSON

Dervin	Wilson	Justificativa
Contexto	Contexto de necessidade informacional	O contexto refere-se à situação em análise que induz a uma necessidade informacional, sendo o mesmo para ambas as abordagens.
Lacuna	Mecanismo ativador da necessidade	A “lacuna” apresenta relação com o mecanismo ativador da necessidade, visto que uma dúvida ou problema são motivadores para a consciência de necessidade informacional. (WILSON, 1999).
Ponte	Comportamento de busca da informação	As “pontes” correspondem às estratégias utilizadas pelos indivíduos para enfrentar os problemas ou dificuldades. Isto está diretamente relacionado com os locais ou fontes onde estas pessoas procuram informações, equivalendo ao comportamento de busca informacional de Wilson.
Saída	Comportamento de uso da informação	Quando há sucesso na busca pela informação, está é utilizada de alguma forma, ainda que não seja satisfatória. Isto corresponde ao resultado ou saída de Dervin, que é a consequência de uma tentativa de solucionar o problema.

FONTE: A autora (2020)

As variáveis intervenientes e o mecanismo ativador da busca, elementos do comportamento informacional de Wilson, não demonstraram relação direta com os componentes de Dervin, mas foram propostos correlacionando suas bases conceituais com as experiências e resultados obtidos desta pesquisa. A FIGURA 9 apresenta o modelo de comportamento informacional de Wilson (1999).

FIGURA 9 – MODELO DE COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE WILSON PARA USUÁRIOS DE TARV E PROFISSIONAIS DE SAÚDE



- Mecanismos ativadores da necessidade informacional

Analisando os mecanismos ativadores da necessidade informacional dos usuários (fatores para não adesão), observou-se similaridade entre alguns, permitindo classificá-los como: [a] receios ou medos, geralmente relacionados com os medicamentos, como os efeitos colaterais e toxicidade; [b] dificuldades relacionadas com o medicamento, como o tamanho ou o gosto; com a rotina, como a adaptação após mudança na terapia; ou com a ida aos serviços de saúde, como a retirada mensal da medicação e a consulta semestral com o médico; [c] problemas de compreensão sobre o tratamento, por exemplo, quando fazem interrupção da TARV por sentirem-se bem de saúde, o que ocorre pela falta de entendimento sobre a ação dos medicamentos. Nesta etapa da discussão, excluiu-se o fator relativo à conservação do medicamento, pois atualmente no país nenhuma terapia necessita de refrigeração e, portanto, para o seguimento terapêutico nos dias de hoje, esse não é mais um motivo de preocupação.

Do ponto de vista dos profissionais da saúde, os motivadores das suas necessidades por informação compreendem a percepção de que devem orientar os pacientes com relação aos receios e dificuldades do tratamento. Para esta abordagem foram utilizadas as análises dos diagramas de oscilação (item 4.3.1.3 - Etapa 1) como fundamento para propor aqueles fatores de não adesão mais prevalentes sob a perspectiva dos profissionais. Identificou-se, portanto, que dentro todos os fatores de não adesão, alguns são mais evidentes pela equipe de saúde durante o atendimento, especialmente as questões comportamentais, conforme discutido previamente. Além disso, outros aspectos são também ativadores da necessidade informacional da equipe de saúde, como a empatia com o usuário e o interesse no seu bem-estar, assim como a satisfação e reconhecimento da sua competência profissional.

- Variáveis intervenientes

Antes que ocorra o processo de busca propriamente dita pela informação, os indivíduos podem se deparar com barreiras, ou as chamadas variáveis intervenientes. Do ponto de vista do usuário, são fatores que podem interferir neste processo a não aceitação do diagnóstico, sentimento de culpa, ausência de apoio social e a possibilidade de sofrer discriminação e preconceito, o que inclusive pode levar a uma desistência do tratamento. Determinadas crenças e valores que induzam ao pensamento da não necessidade de uso da TARV também podem ser barreiras para a continuidade do processo de busca e uso da informação, cujo objetivo final é a uma adesão adequada. Além destes, aspectos como a baixa escolaridade, uma limitação verbal-



cognitiva e situação econômica desfavorável podem interferir na busca informacional na medida em que geram constrangimento por tais condições ou pelo sentimento de inferioridade em relação aos demais.

Um aspecto apontado nesta pesquisa tanto por usuários quanto por profissionais refere-se à dificuldade ou o desconforto de ir mensalmente à UDM para retirada da medicação. O relato de um usuário explica essa questão:

“Eu gostaria de ter a possibilidade de comprar o remédio sabe, eu não sei quanto que custa, eu já conversei muito isso com o meu médico né, ou então sei lá, uma forma de facilitar o paciente que tem uma adesão longa ao tratamento. Dar uma estrelinha para o cara, classificar ele de uma outra forma (...) eu sou dependente do serviço pra retirada, então aqui está meu histórico, eu consigo defender meu histórico né, mas efetivamente meu registro está aqui, então aqui que tem exatamente a quanto tempo que eu tomo o remédio, todo dia próximo ao dia 10 ou 12 eu venho pegar o remédio, eu venho todo mês fazer isso. Trouxe todos os meus exames de carga viral (...) Mas, por exemplo, o paciente que a cinco anos vem e não faltou um mês e tá com a carga viral indetectável, ele poderia ter.... ao invés de vir uma vez por mês, ele poderia ter um bônus, tá entendendo, ele pode ganhar o remédio de dois em dois meses, porque o tratamento está adequado, ele não falta (...) Então eu acredito que esse tipo de coisa traria um benefício pra mim, um benefício sei lá, mas é uma vantagem já que eu tô a quase 20 anos fazendo tratamento, vindo aqui mensalmente e eu poderia ter essa vantagem. Então pra mim é isso, o grande ponto seria esse.”

No caso relatado, o usuário tinha receio de encontrar pessoas conhecidas no serviço e eventualmente precisava viajar por períodos maiores que um mês, por isso sua sugestão de entrega de medicação para períodos maiores que um mês. Entretanto, há situações em que a dificuldade para buscar os ARV é financeira, conforme relato de uma profissional: “(...) às vezes eles não tem dinheiro pra vir buscar o medicamento, para passagem”. A questão econômica, portanto, é um aspecto importante de ser observado dentro das diretrizes para fortalecimento da adesão.

Sob a perspectiva dos profissionais, as barreiras intervenientes podem incluir uma autopercepção de pouca experiência na área e conhecimento do assunto, baixa autoconfiança, dificuldades de relacionamento com outros profissionais e o estresse causado pela ocupação. Todos estes aspectos podem ser obstáculos para a busca e uso da informação, que ocorre na forma de orientação ao usuário conforme será discutido mais adiante. Além destes aspectos, são também variáveis intervenientes do comportamento informacional questões relativas ao ambiente de trabalho, como a estrutura do serviço com relação ao espaço físico para as atividades, disponibilidade de computadores e/ou dispositivos móveis, acesso à internet e outras fontes de informação, assim como a presença de um número suficiente de profissionais para a demanda do serviço. O incentivo à capacitação é um aspecto relevante, pois a falta de tempo ou apoio financeiro para atualização profissional é uma barreira ao acesso à informação. O



relato de um profissional descreve sobre a dificuldade de participar de eventos científicos quando é questionado de que forma se atualiza:

“Congresso vou duas vezes por ano, tem dois que eu sempre vou. O Hepato/aids em São Paulo eu vou todos os anos, e vou em um que chama Workshop de Comorbidades. Esse tem um custo baixo, porque eu tenho que pagar tudo do meu bolso.”

- Mecanismos ativadores da busca informacional

A consciência da importância do tratamento foi o aspecto motivacional mais presente nas falas dos entrevistados, aparecendo como estímulo de continuidade do processo de busca pela resolução dos problemas e da terapia. A experiência com o uso de outras medicações também pode ser um mecanismo ativador da busca informacional voltada para a solução das dificuldades. Isto foi mencionado principalmente para problemas como a deglutição, gosto desagradável dos comprimidos e uso concomitante dos medicamentos com álcool, pois os entrevistados possuíam conhecimento sobre o que podiam ou não fazer nestas situações. Assim, buscaram estas informações a partir dos seus próprios conhecimentos, como por exemplo, sabiam que tomar comprimidos juntamente com algum alimento diminui o gosto desagradável e facilitam a deglutição. Encontrar-se com carga viral indetectável e consequente percepção de boa saúde, a menor complexidade das terapias mais modernas, o apoio espiritual e a não manifestação de efeitos colaterais foram também aspectos motivacionais positivos citados nas entrevistas.

A despeito da manifestação de efeitos colaterais, esta é descrita na literatura como fator de alta relevância para a interrupção do tratamento, como foi confirmado nesta pesquisa. Nesse contexto, existem diferentes níveis de gravidade e constância dos efeitos. Percebe-se que os mais leves, que predominam nas primeiras semanas de tratamento, como náuseas, tontura e cefaleia, na maioria das vezes não provocam suspensão de uso dos ARV. Contudo, alguns efeitos são pouco toleráveis. Como a literatura igualmente demonstra, os usuários relataram preocupação com o desenvolvimento da síndrome lipodistrófica, que promove alteração da aparência física, comprometendo a autoestima do paciente por ter um caráter estigmatizante. No entanto, essa complicação é característica especialmente dos ITRNs estavudina e AZT, assim como alguns IP, como o nelfinavir. (BRASIL, 2013). Destes, apenas o AZT permanece no elenco de ARV distribuído pela rede pública. Assim, essa preocupação parece se referir a momentos passados de pacientes com longo tempo de tratamento, visto que os medicamentos mais recentes não costumam desencadear essa complicação.

Observou-se que a relação dos usuários com o médico é um elemento importante para a adesão, ainda mais posto que, como será discutido adiante, este é o profissional preferencialmente consultado para obtenção de informações. Portanto, uma boa relação médico-paciente é motivador para o comportamento de busca informacional. Por outro lado, o contrário também é verdadeiro. Em dois relatos, os usuários falam das dificuldades enfrentadas na relação com os médicos:

“(...) precisei de ajuda, mas naquele tempo não estava a Dra Luciana, tinha duas doutoras que eram muito bravas sabe, eu saí de uma, passei pra outra, nós não nos demos bem sabe, não deu certo. A primeira pessoa [que eu gostei] foi a Dra Luciana, porque eu achei que todas iam ser assim sabe (...) Agora que veio a Dra Luciana é que eu comecei a ser direitinha nos exames. Antes não tava. Eu fiquei muito nervosa, comecei a tomar e pensei, ela não ajuda a gente, pra que que eu vou ajudar (...) Com a Dra Luciana não, ela faz tudo pela gente sabe, eu amo essa doutora. (...) É que eu tava muito, como é que se diz, assim... como eu posso te dizer, assim... sem rumo na vida. Até a Dra Luciana voltar daí comecei a arrumar os remédios tudo.”

“Eu saí um pouco insatisfeito, chateado, porque assim, eu vi que a pessoa, foi um médico, eu vi que ele não tinha paciência pra me explicar o que eu sou leigo. Mas foi bem chato, constrangedor, porque eu preciso da informação e não obtive. (...) igual eu na minha profissão, é notório aquilo lá, mas pra você que não é da minha profissão, não é. (...) Saí [da consulta] e continuei com a dúvida, não solucionei.”

Estudos relatam que o bom relacionamento entre médicos e pacientes que vivem com HIV é um dos principais fatores que influenciam positivamente na adesão à TARV. (YANG & BANG, 2017; PÉREZ-SALGADO et al., 2015; WACHIRA et al., 2014). O comportamento comunicacional do médico, de acordo com Wachira e colaboradores (2014), está relacionado com sua postura de ação verbal ou não verbal, o que reflete diretamente na efetividade da comunicação com o paciente. Elementos essenciais nesse processo são a eficiência de questionamento e transmissão da informação, expressão de empatia e preocupação, bem como a parceria com o paciente durante o tratamento, com o objetivo de criar uma forte e contínua relação interpessoal. De modo geral, os pacientes mostram-se persistentes ao tratamento quando os médicos os tratam com dignidade e respeito, reconhecendo-os como “pessoas”, quando os ouvem atentamente e fazem explicações de modo compreensível. (FLICKINGER et al., 2013). Portanto, como reforça Pérez-Salgado e colaboradores (2015), a baixa qualidade na relação entre médico e paciente é uma barreira efetiva na adesão aos ARV.

Por fim, a presença de apoio social e a aceitação da doença são fatores favoráveis à adesão e motivadores da busca informacional, podendo estar correlacionados na medida em que a rede de apoio pode ajudar o indivíduo a aceitar o diagnóstico. De acordo com Simionato e Marcon (2006), uma rede social é constituída inicialmente pela família, expandindo-se com o tempo pela inclusão de amigos, em relações que são baseadas em atividades sociais, culturais,

esportivas e de cuidados com a saúde. Os vínculos sociais são importantes no cotidiano das pessoas quando essa rede é confiável, ativa e sensível. Atuam como agente de ajuda na construção e manutenção da autoestima, acelerando processos de cura, recuperação e gerando saúde, tanto nos aspectos físicos e mentais como psicológicos e emocionais. Estudos mostram que indivíduos que possuem rede social nesse contexto apresentam melhor adesão à TARV, pois os amigos, como complemento à família, fornecem suporte emocional em situação de crise e são companheiros em atividades de rotina. Uma vez que as redes podem ser compreendidas como um conjunto de pessoas, situações e funções que dedicam apoio instrumental e emocional à pessoa em suas necessidades, elas se tornam peças fundamentais na manutenção da saúde mental dos indivíduos. (SILVA, WAIDMAN e MARCON, 2009). De acordo com Lenzi e colaboradores (2018), compartilhar o diagnóstico com pessoas de confiança pode proporcionar melhor suporte social e facilitar o seguimento terapêutico, pois o apoio emocional pode representar a segurança de que o usuário terá a quem recorrer quando necessitar. Dentro dessa rede de apoio, não se pode deixar de mencionar os profissionais de saúde que desenvolvem papel essencial na conjuntura da complexidade da TARV, dado que são pessoas que, pela frequência com que encontram os pacientes, podem estabelecer vínculo afetivo com estes.

Sob a perspectiva dos profissionais, a experiência na área, a confiança e a segurança no sucesso da tarefa pela busca de informações são motivadores para que o processo tenha seguimento. Dentro deste contexto, é importante a confiança nas fontes informacionais. Esta pesquisa identificou que os profissionais utilizam em grande parte das vezes a procura ou confirmação de informações em sites oficiais do governo, especialmente do Ministério da Saúde, pois trazem conteúdo seguro e confiável de ser retransmitido.

- Comportamento de busca da informação

Com relação ao comportamento de busca ativa pela informação, a fonte mais citada pelos usuários foi o médico, além de outros profissionais de saúde como o farmacêutico. Igualmente foram mencionadas a pesquisa de informações na internet, a leitura da bula e materiais gráficos, além da troca de informações com outras pessoas que vivem com o HIV. Não houve relato da participação em grupos de apoio presenciais, geralmente oferecidos em algumas unidades de saúde municipais. Entretanto, foi apontada por um usuário a troca de informações em aplicativos de relacionamento ou salas de “bate papo” online:

”A internet é hoje um canal que é muito fácil, internet é fácil, e assim... o que eu usei no passado, no início do tratamento com aquela história dos medicamentos, era sites de bate papo do UOL, ou da internet, inclusive em alguns aplicativos de relacionamento isso também pode acontecer de você perguntar... Porque você pode não se identificar e como a minha restrição de identificação é importante, então por ali você eventualmente conversa, ‘qual o tratamento que você faz’, ‘se você faz tratamento, quanto tempo’... Então é esse tipo de troca com pessoas desconhecidas...”

Destaca-se nesse caso a importância da confidencialidade, especialmente logo após o diagnóstico, pois compartilhar informações com desconhecidos consiste em uma forma mais segura de se relacionar no que se refere à privacidade dos envolvidos. Existem ainda as buscas passivas, que ocorrem pela captação de informações despropositadamente. É possível que aconteçam eventualmente em salas de espera, ouvindo conversas de pessoas próximas, ou por meios de comunicação de massa e em redes sociais.

Do ponto de vista do profissional de saúde, os documentos mais citados como fonte de busca por informações são os procedimentos padrão da UDM fundamentados em diretrizes oficiais, além da bula dos ARV. Dentre os diversos documentos do MS sobre cuidados às PVHIV, em especial dois deles são usados pela UDM onde a pesquisa foi realizada como material auxiliar na padronização de procedimentos: o Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2010b) e Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica (BRASIL, 2014). Durante as entrevistas, identificou-se que principalmente os técnicos em enfermagem, que dentre outras atribuições auxiliam na dispensação dos ARV, foram os que mais mencionaram o uso dos procedimentos padrão da UDM como fonte de consulta. Com relação à bula, interessante ressaltar que a frequência com que os usuários a buscam parece ser menor quando comparado aos profissionais de saúde. Um dos motivos observado durante as entrevistas com usuários foi o estresse e ansiedade causados pelas informações sobre a medicação, especialmente os efeitos colaterais. Ademais, a linguagem utilizada na bula, nem sempre fácil de ser compreendida, é um fator limitante para seu uso, conforme relata um profissional:

“Não, infelizmente não [indico a bula para o usuário], porque a bula do ARV ela tem um componente de explicação que para o profissional de saúde eu considero que é ótimo, mas para o paciente eu não entendo que ela seja de compreensão adequada como são umas bulas que a gente tem hoje que são específicas para o paciente, que daí com esse medicamento você vai ter tal benefício, melhora... ele tem até uma linguagem diferente. A do ARV não, ela é bem técnica, então eu acho que isso pra ele dificulta, não sei se essa bula paciente é de algum grupo de medicamentos ou não... (...) eu acho que ela é uma bula de difícil acesso.”

De acordo com estudo conduzido por Paschoal e colaboradores (2014), uma prática comum que ocorre no instante em que o paciente retira o medicamento é o descarte da bula e da caixa do ARV, com o propósito de evitar que outras pessoas saibam da sua condição de

saúde. Para muitos, os medicamentos são a única evidência concreta do diagnóstico, sendo o descarte das embalagens e bula uma forma de negação ou omissão da doença. Consequentemente, uma parcela da população com HIV fica sem acesso à bula física.

Os profissionais ainda mencionaram o acesso a sites oficiais para busca de informações, além de cursos, palestras e treinamentos na área. Estes últimos podem ser caracterizados como fontes de busca ativa ou passiva de informação, dependendo se a procura por um conhecimento específico for proposital (ativa) ou recebida ao acaso (passiva). A troca de experiência entre os membros da equipe também é um procedimento comum para obtenção de informações. O farmacêutico foi citado por todos os entrevistados como uma fonte informacional, essencialmente quando o assunto é a organização dos medicamentos na rotina do paciente. De modo geral, o farmacêutico é reconhecido pela sua expertise no conhecimento dos fármacos, mas não com a amplitude que a profissão permite, que inclui sua competência para orientação de medidas não farmacológicas e educação em saúde, por exemplo. Considerando que este é o profissional que o usuário de ARV encontra pelo menos uma vez ao mês, acredita-se que ele poderia ser mais requisitado e aproveitado dentro da equipe de saúde. No entanto, conforme apresenta um estudo conduzido pelo Conselho Federal de Farmácia, o farmacêutico não é devidamente reconhecido pela população. (SERAFIN, CORREIA e VARGAS, 2015). Somado a isso, a presença de um número adequado desses profissionais nos serviços de saúde do SUS ainda não é uma realidade para muitos serviços e municípios, o que faz com que os esclarecimentos necessitem ser realizados com o médico, profissional mais lembrado pelos usuários para essa atribuição.

Interessante destacar que atualmente existem aplicativos para dispositivos móveis, como o Micromedex®, que permitem analisar rapidamente doses, posologias, usos, efeitos adversos e interações medicamentosas. Neste estudo, entretanto, somente um farmacêutico relatou utilizar-se dessa estratégia de consulta. De modo semelhante, somente um farmacêutico citou o uso de material informativo disponibilizado pela indústria farmacêutica como fonte de consulta.

- Comportamento de uso da informação

Após a obtenção da informação, considerou-se neste estudo que os usuários podem utilizá-la para resolver totalmente o problema e continuar o tratamento, para resolver parcialmente o problema ou não resolvê-lo. Percebeu-se por esta pesquisa que a maior parte

dos problemas que acometem as PVHIV podem ser solucionados de alguma forma, ainda que para isso as pessoas permaneçam algum tempo com uma adesão não tão adequada. Um exemplo característico é o esquecimento de tomar o medicamento no horário habitual, o que pode ser resolvido parcialmente quando se administra o ARV em um horário diferente do usual e resolvida totalmente quando se evita o esquecimento ao relacionar o horário de tomada com uma atividade de rotina ou com o uso de alarme no celular.

Contudo, observou-se que em alguns casos, quando se obtém uma informação e esta não é utilizada para solucionar dificuldades relacionadas com a adesão, pode ocorrer a suspensão do tratamento. Dados deste estudo permitiram inferir que esta interrupção parece acontecer mais por aspectos emocionais e sociais dos indivíduos, os quais podem ou não estarem relacionados com as características do ARV. Como exemplo, a alteração na aparência física, ocasionada por um efeito colateral do medicamento, leva a baixa autoestima, dificuldade nos relacionamentos sociais e consequente suspensão do tratamento, da mesma forma que a falta de apoio social, conforme anteriormente discutido. Nesse contexto, um profissional fez o seguinte relato quando foi questionado se os problemas de adesão ocorrem mais por aspectos da medicação:

“**É comportamental**, antigamente eu diria que era o medicamento. Tanto é comportamento que, você veja assim, qual que era a dificuldade dos pacientes com hepatite C seguirem o tratamento? Há bem pouco tempo atrás, em 2015, 2016, só tratava o paciente cirrótico, então eu tinha toda uma gama de pacientes que não tinham cirrose, loucos pra tratar e que não podiam tratar, só tratava o cirrótico, e aquele cirrótico às vezes já tinha passado por um ou dois tratamentos com interferon. Penou, penou com aquele tratamento... a adesão era ótima. Hoje tem o tratamento de 3 meses. Eu já trato gente que se reinfectou com o vírus da hepatite C e hoje eu via, agora setembro, outubro, que a gente tá tendo abandono de tratamento, porque tá  **muito fácil o acesso, não tem efeito colateral nenhum, não tem sintoma nenhum**. E eu estava até conversando se é por conta que tá muito fácil de se tratar, então quando eu amplio... **ampliar o acesso é ótimo, é ótimo, mas eu começo a ter esses contrapontos em relação a esse tipo de comportamento**. Foi o que aconteceu com o HIV, é o que acontece com o HIV, fica fácil demais, **se banaliza isso**, hoje ainda com o fato de ter PrEP e PEP, as coisas estão ficando banalizadas, e daí as pessoas não dão a devida importância, não tem porque eu ir no médico. Eu, na minha percepção, é comportamental hoje.”

A aids passou a ser caracterizada como uma condição crônica após os avanços científicos sobre a história da doença e o surgimento da TARV, além da possibilidade de monitorar marcadores laboratoriais como TCD4+ e carga viral. (ALENCAR, NEMES e VELLOSO, 2008). Essa mudança do caráter agudo para crônico pode ter provocado um sentimento de despreocupação com a doença e com os métodos preventivos, especialmente entre os mais jovens, que não acompanharam o início da doença na década de 80 e os estigmas

que surgiram junto com ela. Assim, é possível pensar que o surgimento e evolução dos ARV, que por uma visão distorcida de parte da população são apontados como “cura” para a doença, somado ao fato de que os medicamentos são distribuídos pelo SUS, tenham provocado uma banalização do tratamento, corroborando com a opinião do profissional citado acima.

Não são recentes os artigos e reportagens que tratam da banalização da epidemia de aids, tanto por parte da população, especialmente mais jovem, quanto de instâncias governamentais. Em 1994, Kalichman publicou o artigo “Pauperização e banalização de uma epidemia”, onde cita que esse termo “marca o reconhecimento, por parte de profissionais e organizações que militam e/ou trabalham no combate à epidemia, de sinais de indiferença e complacência nas respostas da sociedade e dos governos frente a aids.” (KALICHMAN, 1994, p. 12). No início da epidemia, quando imperava o estigma, preconceito e o desconhecimento sobre a doença, as campanhas utilizavam-se de recursos para causar medo. Com o surgimento dos ARV, descobrir-se portador do vírus HIV não era mais uma sentença de morte, o que mudou o perfil das campanhas. Com a intenção de diminuir o preconceito, as propagandas passaram a mostrar pessoas saudáveis, reforçando que é possível conviver com o vírus, porém sem destacar as dificuldades com efeitos colaterais, necessidade de mudança de estilo de vida e possibilidade de coinfecção. (PINHEIRO, 2018; KALISCHMAN, 1994). Tudo isso, aliado à “gratuidade” da medicação, pode favorecer a suspensão descomedida da terapia, uma vez que os usuários sabem que serão novamente atendidos quando decidirem retornar para a TARV. Entretanto, muitos desconhecem que essas interrupções propiciam a resistência viral e diminuem as opções de tratamento, tendo que utilizar combinações de ARV de maior complexidade, com mais efeitos colaterais e maior quantidade de comprimidos diários. Portanto, “apenas o acesso universal ao tratamento não garante sua mais ampla efetividade”. (BRASIL, 2007a, p. 8).

A questão distribuição dos medicamentos pelo SUS e a banalização da doença não foram objetivamente avaliadas por essa pesquisa, mas complementam o estudo no momento em que são fatores para interrupção do tratamento, oferecendo a possibilidade de pesquisas mais aplicadas. Inclusive, este aspecto é passível de orientação informacional na medida em que os profissionais de saúde intensifiquem as explicações a respeito da ação dos medicamentos e problemas decorrentes da interrupção.

Sob a ótica dos profissionais de saúde, o uso da informação ocorre na forma de orientação aos usuários, utilizando as informações que foram assimiladas de todas as fontes utilizadas no comportamento de busca. Estas orientações incluem tanto as de ordem técnica quanto àquelas voltadas para aspectos comportamentais dos indivíduos, incluindo estratégias sociais e cognitivas para enfrentar o tratamento de maneira adequada. Muitos profissionais



relataram utilizar suas experiências pessoais e profissionais como base para o uso apropriado das informações que necessitam ser repassadas. Destacam-se alguns relatos a esse respeito, em especial o uso de linguagem apropriada e a empatia com o paciente:

“Eu acho que o que é primordial no atendimento farmacêutico é você **individualizar** aquela pessoa, tratar ele de uma maneira única, **personalizar** aquela orientação para aquele nível cognitivo, aquele nível socio econômico, para aquela idade, dentro daquela faixa etária, dentro do contexto que ela tem do modo de vida, do modo como ela enxerga a saúde, de modo como que a família dela é estruturada, se tem algum tipo de vício, se é dependente, se não é, se é institucionalizado, se mora com o pai, se mora sozinho, se é estudante, se só trabalha, se trabalha a noite, se trabalha durante o dia, questão de hábitos alimentares, questão de presença de atividade física, acho que avaliar esse contexto todo, **é o contexto que vai nos nortear para o atendimento**. Que tipo de linguagem que eu posso usar com você, se tenho que usar uma linguagem verbal, se tem que usar uma linguagem escrita, se tenho que providenciar algum desenho, algum adesivo, se eu tenho que pedir ajuda na atenção básica pra que essa pessoa engrene na tomada da medicação, se eu tenho que porcionar o tratamento dela fazendo com que ela venha mais vezes, pra que ela entenda realmente como é que é feito, então achar esse contexto, **é esse contexto que vai nos nortear pra essa orientação**. A orientação técnica, ela é a mesma pra todo mundo, mas **a percepção desse indivíduo que é única** quando tá aqui na tua frente, facilita com que eu pegue essa informação que é técnica, e é uma informação que todo mundo tem, e aplique essa informação técnica sobre esse contexto, é dessa maneira que eu enxergo.”

“(...) a primeira coisa, na entrevista, na hora do atendimento, é perguntar como é que a pessoa tá, a cabeça da pessoa em relação à doença, **porque a partir dali eu vejo que linha eu vou tomar**, se eu vejo que é uma pessoa muito simplória, eu vou com **linguagem alternativa**, falando algumas coisas tipo muito superficial, porque não adianta ficar falando em termos muito técnicos porque a pessoa não vai entender. E também tem aqueles mais jovens com o celular o tempo inteiro, aí você tentar passar de forma resumida e se a pessoa precisar que venha tirar dúvidas depois porque **ela não tá querendo ouvir**, não quer, então assim, a gente vai vendo de acordo com... a pessoa que olha toda hora no relógio, olha no celular, o celular toca, sempre vem correndo, então a gente vai sentindo pra ver que linha que vai seguir.”

As narrativas acima demonstram que os profissionais têm consciência da importância de se compreender o contexto de vida do indivíduo para realizar o atendimento, mostrando preocupação com a eficiência da comunicação entre eles.

Para Teixeira,

A informação em saúde necessita de ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada. Esta personalização significa que a informação é “à medida” das necessidades de informação do utente<sup>19</sup> naquele momento, adaptada ao seu nível cultural e adaptada ao seu estilo cognitivo. (TEIXEIRA, 2004, p.617)

Quando a informação é personalizada, os usuários sentem-se mais satisfeitos com o serviço, havendo uma perspectiva positiva de virem a seguir o tratamento proposto. O autor ainda apresenta um pensamento interessante na tentativa de demonstrar as dificuldades que podem existir na comunicação entre profissional de saúde e paciente:

---

<sup>19</sup> Usuário (tradução nossa para português do Brasil).



- Para os técnicos de saúde a agenda<sup>20</sup> é: Quais são os sintomas? Que doença é esta? O que mostra o exame clínico? Qual é o diagnóstico? Que exames é necessário fazer? Quais são os resultados dos exames? Que medidas terapêuticas são necessárias? Que medidas de reabilitação são necessárias?

- Para os utentes<sup>21</sup> a agenda é: Por que eu? Porquê agora? Qual a causa disto? O que é que me pode acontecer? O que é que os técnicos vão fazer comigo? O que é que isto significa para a minha vida, família e trabalho? (TEIXEIRA, 2004, p. 617).

Este trecho apresenta claramente como os pensamentos podem ser distintos dentro de um mesmo contexto, podendo levar a falhas na compreensão do diálogo, de ambos os lados. A linguagem excessivamente técnica, informação insuficiente ou ambígua e pouco tempo dedicado ao atendimento são, na perspectiva do profissional, os principais problemas que podem existir nessa comunicação. Ademais, o distanciamento afetivo com ausência de apoio emocional e o desinteresse pelas preocupações dos usuários são também aspectos negativos para uma boa comunicação. (TEIXEIRA, 2004).

Como consequência, falhas na comunicação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde podem levar, em última análise, a uma adesão inadequada ao tratamento, pois o usuário “ [...] não compreendeu o que é necessário fazer, não se recorda do que foi dito, não teve possibilidade de fazer perguntas ou não acredita que valha a pena seguir as recomendações dos técnicos...” (TEIXEIRA, 2004, p. 619). Além disso, de acordo com Souza, Silva e Mesquita (2015), as técnicas de comunicação devem ser adaptadas para públicos específicos como idosos ou pessoas com algum grau de deficiência, seja cognitiva, auditiva ou visual. A fala de um profissional representa a estratégia que ele utilizou para se fazer entender:

“(...) explico na linguagem que eles entendam porque as vezes a linguagem que a gente tem conhecimento não atinge o objetivo que é informar (...), se você faz [uso da medicação] uma vez ao dia, oito da manhã, amanhã as 10 horas da manhã a concentração tá muito baixa, está na hora de abastecer de novo. Se você não abastecer fica sem combustível e a galera aumenta de novo, e daí se isso ficar definitivamente, eles vão ficar fazendo amizade e é o ‘brother’ dele, então não vai mais bater nele, não vai mais agredir o vírus, eles vão ficar amigos e daí você vai ter que tomar, além desses dois, vai ter que tomar mais medicamento. Vai pra 4 ou 5 (...) é uma terapia de choque mas que resolve (...) ter um mecanismo de atingir as pessoas, porque a gente tem paciente de todas as classes, desde a elite até o pessoal mais pobre que tem dificuldade de vir buscar medicamento, então não adianta a gente falar pra pessoa, você tem que cuidar porque senão a carga viral vai se replicar, e os vírus vão ficar multirresistentes e indisponíveis, ... não vai ter o efeito (...) daí vem a história da carga viral (...) tá aqui, olha, estava milhões e agora sumiu, e é isso, tem programa de computador que consegue enxergar até 20 vírus, tem programa que consegue enxergar até 40 vírus, deu 39. Ele não consegue enxergar, deu indetectável, então quer dizer que ele não enxergou, mas ele não sumiu, eles estão escondidos, só esperando o momento de atacar. (...) Então eles estão dormindo lá, se você não tomar, eles acordam e vem com tudo, então não é que sumiu, é que está indetectável, o computador não enxergou (...)”

<sup>20</sup> Assunto a ser tratado (tradução minha para português do Brasil).

As autoras ainda afirmam que “Comunicar é uma competência que requer o conhecimento dos fundamentos teóricos da comunicação, o desenvolvimento e treinamento de habilidades e, finalmente, uma postura proativa no sentido de tornar o processo bem-sucedido.” (SOUZA, SILVA e MESQUITA, 2015, p. 8). Uma das habilidades mais requisitadas para uma comunicação eficaz entre duas pessoas é a escuta e resposta empática, porque auxiliam na construção da confiança, essencial para relações terapêuticas efetivas. Pode-se dizer que empatia é um mecanismo inato do ser humano que consiste em compartilhar a experiência do outro de modo respeitoso. Na relação profissional–usuário, um comportamento empático por parte do primeiro auxilia o segundo a se sentir compreendido, fortalecendo o relacionamento entre eles e contribuindo para a adesão à farmacoterapia. (SOUZA, SILVA e MESQUITA, 2015; BERGUER, 2011). O relato de um profissional entrevistado mostra como esse conceito pode ser aplicado na prática:

“... tem que conversar, eu coloco isso como um medo meu também, eu também tenho medo de toxicidade (...) cada vez que você vai fazer exame não é só a carga viral que eu peço, eu vou tá olhando o rim, o fígado, a parte do colesterol que são as coisas que realmente a gente se preocupa. De tempos em tempos a gente vai estar olhando o osso, então a gente **vai estar fazendo isso junto**, ao longo do tempo. Então meio que **cria uma parceria**, que é um medo deles, mas **é um medo meu também**....”

Observa-se que, nesse caso, o profissional demonstra, além do comportamento empático ao compreender o receio do usuário e ao se colocar na mesma posição, apoio emocional quando aponta a relação entre eles como uma parceria. Isso encoraja o usuário a seguir com a TARV e se sentir à vontade para expor suas preocupações e anseios. Portanto, é fundamental desenvolver competências comunicacionais nos profissionais de saúde, incluindo, além da empatia, a escuta ativa, assertividade e comportamentos desejáveis para a resolução de conflitos e transmissão de más notícias.

Nesse contexto, além da utilização de estratégias verbais adequadas, o uso de artifícios gráficos, como desenhos ou adesivos, ou até mesmo movimentos corporais, podem ser efetivos para determinadas pessoas, conforme relatam os profissionais:

“(...) eu gosto de fazer aquele desenho (...) que se ele tomar direitinho ele mantém a quantidade do medicamento no sangue, daí vai controlando o vírus, vai deixando carga viral indetectável, CD4 subindo. E se ele não faz isso, ele vai selecionando vírus resistente até chegar um momento que o medicamento não faz mais efeito, e faço o desenho, explico isso, **eu gosto de usar desenho**. Eu achei que depois que eu comecei a fazer, eles fazem assim [faz um movimento afirmativo com a cabeça] e quando eu falo não faz mais efeito [faz um movimento negativo com a cabeça] eles arregalam o olho, eu percebi que isso é uma ferramenta que ajuda, como eu vi que quando eu **faço assim com a cabeça, chama a atenção**.

“(...) **eu mostro histórico de paciente**, eu sempre tenho aqui do lado, tenho histórico, o que que acontece quando pára de tomar. Tiro o nome do paciente e mostro, olha, indetectável, indetectável, olha a carga viral... em geral eu vou mostrar conversando (...) falo da história natural do HIV, eu **sempre tenho um livro na mão** que mostra

aquela curva, como o HIV começa, como foi a evolução, quando que os sintomas aparecem. Geralmente mostro no livro mesmo porque não fica só da boca do profissional de saúde, mas eu gosto de fazer isso, sempre numa conversa, o que que levou, qual o pensamento que ele tem que ele não entendeu que é necessário manter o vírus suprimido. Geralmente tento mostrar isso de uma forma científica pra eles entenderem a necessidade de tomar, e mais visual, mostro bastante, desenho, **o visual é mais efetivo.**”

Observou-se por meio deste estudo que a maior dificuldade dos profissionais é explicar o modo de ação dos ARV e os problemas de interrupção da terapia. Para essas duas situações é que houve menção de uso de desenhos e imagens para melhorar o processo de interpretação da linguagem verbal. As teorias de aprendizagem, estudadas principalmente nas áreas de Educação e Psicologia, proporcionam diferentes modelos que explicam o processo de aprendizagem dos indivíduos. Embora não seja objetivo deste estudo explorar esses princípios, pode-se destacar a Teoria da Aprendizagem Multimídia que corrobora com as estratégias de linguagem utilizadas pelos profissionais citados acima, pois tem como princípio que a associação de palavras e imagens otimiza o aprendizado. (SILVA, 2017b). Naturalmente que existem critérios para essa combinação de palavras e imagens ser positiva, mas não é o propósito discuti-los nesse momento.

São diversas as estratégias de linguagem que podem ser utilizadas para comunicar uma informação. A linguagem falada, por exemplo, nem sempre atinge o objetivo de informar, pois depende da forma de comunicação e dos termos utilizados, como anteriormente discutido. Além disso, ainda que haja compreensão, parte da informação geralmente é esquecida minutos depois. (SAMPAIO et al., 2008). A informação escrita pode complementar a linguagem verbal, sendo inclusive indicada para reforçar a comunicação com o usuário. (TEIXEIRA, PACHECO e TORETI, 2003). Nesse aspecto, pode-se pensar em estratégias gráficas para esse fim, como o uso de imagens, conforme citado nos relatos dos profissionais, pois adicionam compreensão das informações para além do que é comunicado por palavras. Ainda, as figuras podem auxiliar não somente no aprendizado, mas quando a memória do que foi aprendido é requisitada. (MEDEIROS et al., 2011).

Utilizando diferentes estratégias para enfrentar os problemas trazidos pelos usuários, todos os profissionais, independente da sua ocupação, realizam orientação com o objetivo sempre voltado para a adesão do paciente. Para os técnicos de enfermagem em especial, observou-se que em algumas situações estes não se sentiam aptos para dar instruções, ocasião em que buscavam auxílio principalmente dos farmacêuticos. De modo geral, as orientações técnicas relatadas nas entrevistas são as mesmas entre todos os profissionais, uma vez que são baseadas nos protocolos do MS, literaturas científicas e nas experiências de rotina. Não foi

observada nas falas nenhuma instrução tecnicamente inadequada. Para alguns aspectos, como a não retirada do ARV ou falta à consulta médica, as recomendações também foram semelhantes entre os profissionais, que reforçam principalmente sobre os perigos de se interromper o tratamento.

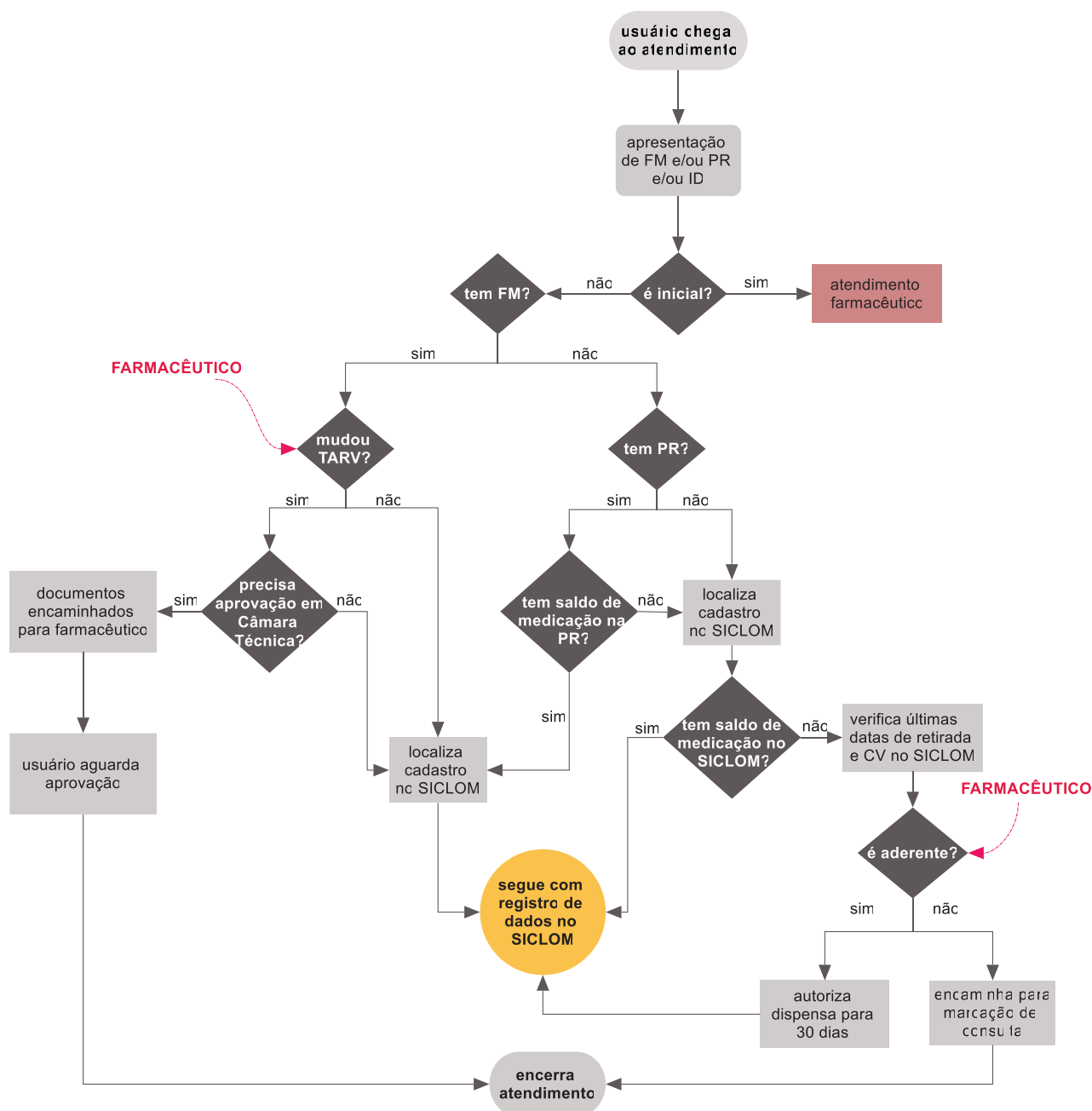
Em alguns casos, é comum os profissionais solicitarem auxílio de outros colegas, como, por exemplo, encaminhamento para médico quando se percebe a necessidade de troca de terapia, para farmacêutico quando a dificuldade se refere a organização dos medicamentos na rotina, e até mesmo ao fonoaudiólogo, quando o usuário tem dificuldade para deglutir o medicamento. Quando se percebe a necessidade de um acompanhamento profissional mais frequente ao usuário, costuma-se fazer o encaminhamento deste para sua unidade básica de saúde, local onde o indivíduo tem maior facilidade de acesso pela proximidade com sua residência. Conforme discutido anteriormente, um dos problemas para a adesão é a dificuldade de ir à UDM mensalmente, por motivos econômicos, pela distância ou pelo tempo dispendido. Assim, alguns profissionais da UDM intervêm pelo usuário quando tentam promover maior proximidade deste com seu médico ou farmacêutico na UBS, para que façam lá o acompanhamento terapêutico periódico.

A partir desta análise do comportamento informacional dos usuários e equipe de saúde, foram feitas propostas visando contribuir com os profissionais e serviços de saúde na promoção da adesão à TARV. Todavia, de modo complementar, no próximo tópico foram apresentadas as etapas do processo de atendimento na farmácia da UDM, com o objetivo de avaliar os pontos críticos relacionados com a dispensação dos ARV e que também serviram de base para as próximas discussões.

#### 4.3.3 Processo de Dispensação de TARV

Por meio da observação da rotina de atendimentos, os FLUXOGRAMAS 3 e 4 foram propostos com o objetivo de identificar os momentos críticos relativos a adesão ao tratamento. Destaca-se que o processo aqui descrito se refere à farmácia do COA, embora os aspectos relacionados à documentação necessária, principalmente, sejam os mesmos recomendados para todas as UDMs do país. Os profissionais que fazem a dispensação de ARV na UDM são técnicos de enfermagem, enfermeiros e farmacêuticos, pois o atendimento com foco em adesão pode ser realizado por toda a equipe de saúde, desde que devidamente capacitados e supervisionados. (BRASIL, 2008).

FLUXOGRAMA 3 – PROCESSO DE DISPENSAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS: IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DO USUÁRIO E ASPECTOS DOCUMENTAIS



FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: CV – carga viral; FM – formulário de solicitação de medicamento; ID – documento de identidade; PR – prescrição médica; SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos; TARV – terapia antirretroviral

Ao chegar à farmácia, identifica-se primeiramente se o usuário está iniciando a TARV. Neste caso, este é encaminhado para uma sala reservada para conversa privativa com o farmacêutico, que irá explicar sobre a doença, os cuidados, exames, periodicidade de consultas, medicamentos e outras informações relevantes. Para os que estão dando seguimento ao

tratamento, o profissional avalia quais documentos são apresentados, podendo ser o formulário de solicitação de medicamento (FM) e/ou a prescrição médica (PR) e/ou documento de identidade. Outras pessoas podem retirar o medicamento para o usuário, desde que esteja autorizado no SICLOM ou mediante apresentação de documento de identidade do paciente.

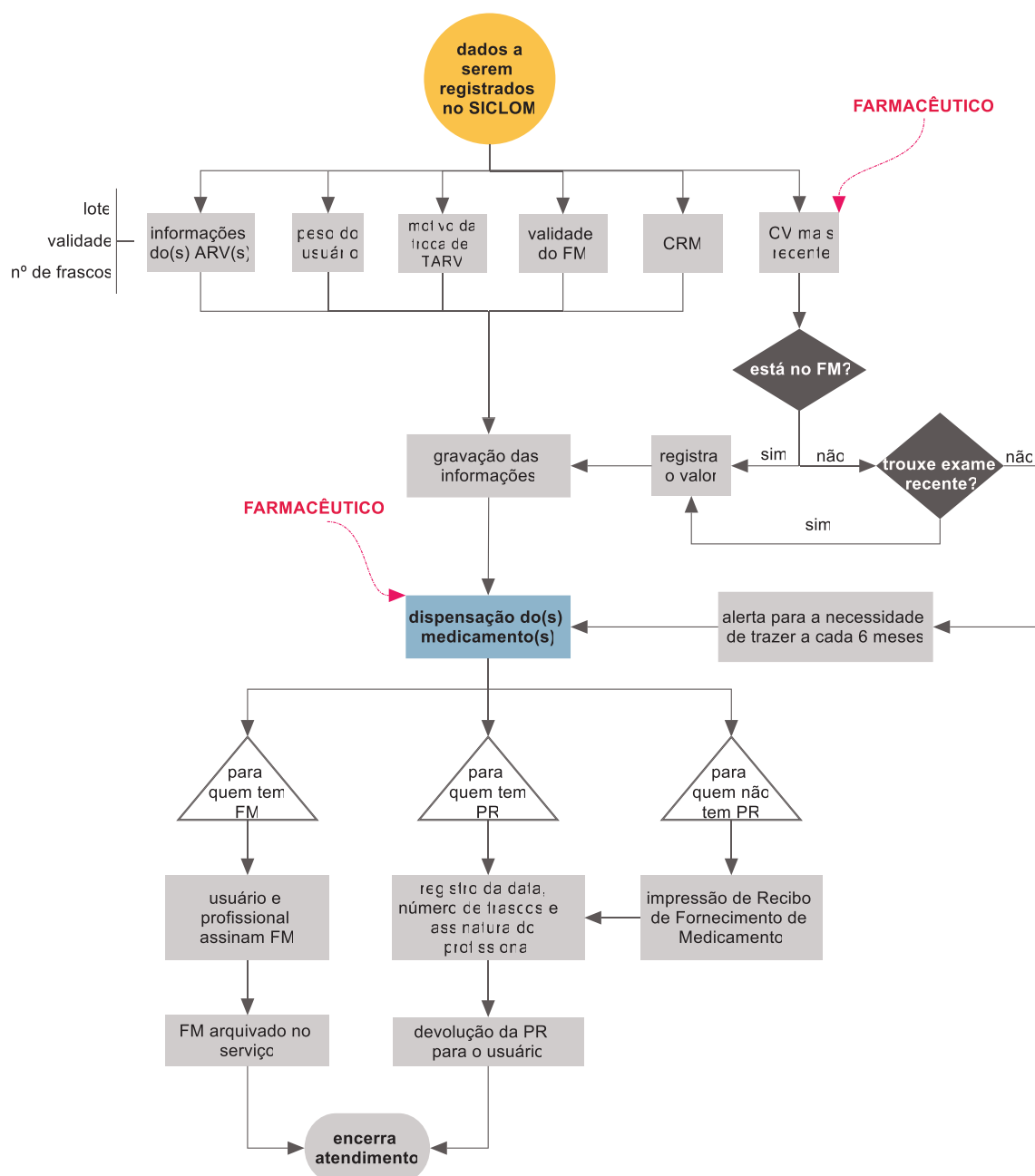
O FM é uma ficha de apresentação obrigatória preenchida pelo médico e levada pelo paciente à UDM, preferencialmente junto com a prescrição médica. Nesse formulário, que fica retido na UDM, o prescritor indica, dentre outras informações, quais medicamentos devem ser dispensados e sua posologia, se houve mudança na TARV e, nesse caso, qual o motivo, e ainda o valor de carga viral mais recente. Outra informação importante é a validade do FM, que se refere ao número de meses que o médico autorizou a retirada daquela medicação, podendo variar de 30 a 180 dias. Assim, nos casos de troca de terapia, quando é início de TARV ou quando venceu o período de validade do FM, um novo deve ser apresentado.

Para as situações em que houve mudança da terapia, o profissional avalia se o esquema terapêutico indicado está de acordo com as recomendações do PCDT. Nos casos negativos, o farmacêutico deve enviar a documentação para Câmara Técnica da SESA/PR, devendo o usuário aguardar aprovação para dar continuidade ao tratamento. Nesse contexto em que há alteração na terapia, o profissional que está realizando o atendimento pede auxílio ao farmacêutico quando percebe dificuldades ou dúvidas no usuário, quando o esquema terapêutico é complexo e nos casos de retomada de abandono de TARV.

Quando o FM está válido e há saldo de retirada, o usuário apresenta a prescrição médica, onde os profissionais registram, a cada retirada, quantas dispensações foram realizadas e quantas ainda são possíveis pelo mesmo FM. Essa informação é também fornecida pelo SICLOM, que calcula automaticamente quantas dispensações ainda são possíveis para aquele FM. Assim, quando o usuário não traz a prescrição, o profissional consulta no sistema se existe saldo de retirada e, havendo, dá-se continuidade ao processo de dispensação. Nos casos em que não há saldo, o usuário deve realizar consulta médica para obtenção de novo FM. Entretanto, a fim de evitar que o paciente interrompa o tratamento, é realizada uma análise da sua adesão por meio das últimas datas de retirada de medicação. Havendo regularidade na dispensa e carga viral indetectável, autoriza-se a entrega de TARV para 30 dias, período dentro do qual o usuário deverá providenciar novo FM. Para aqueles que não apresentam adesão adequada, os profissionais, dentro do que está nas suas competências, fazem os encaminhamentos necessários para que a consulta ocorra o mais breve possível. Essa análise de adesão é realizada pelos farmacêuticos, mas também por enfermeiros e técnicos de enfermagem que se sintam aptos para o procedimento.

Após a avaliação documental inicial, dá-se seguimento ao registro de informações no SICLOM (FLUXOGRAMA 4). O profissional adiciona o lote, validade e número de frascos que serão dispensados dos ARV, o peso do paciente e CRM do médico. Quando há FM, registra-se a validade e, para situações de mudança de TARV, verifica-se se o motivo está exposto no FM.

FLUXOGRAMA 4 – PROCESSO DE DISPENSAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS: REGISTRO DE INFORMAÇÕES E DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS



FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: ARV – antirretroviral; CV – carga viral; CRM - registro no Conselho Regional de Medicina; FM – formulário de solicitação de medicamento; PR – prescrição médica; SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos; TARV – terapia antirretroviral

Quando o prescritor não informa o resultado mais recente de carga viral no FM ou na PR, é solicitado ao usuário que apresente o exame no mínimo a cada 6 meses, visto a importância dessa informação para os profissionais da UDM. A dificuldade maior ocorre com aqueles que utilizam laboratórios particulares, uma vez que não há outra forma de a UDM obter



a carga viral, exceto pela apresentação do resultado pelo paciente. Para usuários do SUS, a UDM possui acesso aos prontuários e exames laboratoriais quando estes são realizados em laboratórios públicos.

Após o preenchimento das informações, o medicamento é dispensado mediante os devidos registros e assinaturas nos documentos apresentados. O FM é armazenado na UDM e a PR, após identificada com a data, quantidade dispensada e responsável pelo atendimento, é devolvida ao usuário para que este a apresente na próxima retirada de medicação. Para aqueles que não possuem ou não levaram a PR, a UDM entrega um recibo de fornecimento de medicamento a fim de que o paciente tenha o controle do seu saldo de retirada.

Observa-se que, exceto para situações em que o usuário solicite conversar com um farmacêutico ou o profissional que o atenda identifique problemas de adesão, não há orientação farmacêutica no momento da dispensação. As razões para isso podem ser a falta de profissionais no serviço e atribuições administrativas que exigem a dedicação do farmacêutico em outras áreas da UDM, como o controle de estoque. Entretanto, desde que haja treinamento periódico para a equipe de saúde, qualquer profissional pode realizar a dispensação.

Um momento que seria essencial a orientação farmacêutica ocorre para os casos em que se identifica carga viral detectável. De modo geral, os profissionais que realizam o atendimento no COA tem como procedimento usual chamar o farmacêutico nessas situações, mas outras UDMs podem não ter esse procedimento. No entanto, essa atribuição está sob responsabilidade de terceiros que, se não estiverem atentos ou quando há excesso de pacientes aguardando atendimento, podem deixar passar oportunidades valiosas de intervenção farmacêutica.

As etapas de atendimento discutidas acima foram baseadas na rotina de uma UDM dentre as centenas que existem no país, podendo haver variações nesse processo. Identificou-se cinco momentos importantes para uma intervenção farmacêutica dentro do fluxo de atendimento nas farmácias das UDMs:

- [a] Primeira dispensação de TARV;
- [b] Mudança de TARV;
- [c] Ausência de documentação para a retirada da TARV;
- [d] Usuários com carga viral detectável;
- [e] Dispensação dos medicamentos para usuários dos grupos B, C e D (item 4.2.4).

Os momentos identificados acima corroboram com apontamentos de diretrizes oficiais (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2008), exceto a ausência de documentação para retirada de TARV, situação que foi observada nesta pesquisa.

Tendo como base os resultados e discussões apresentados, foram propostas no próximo tópico as contribuições desta tese para o fortalecimento da adesão à TARV.

## 5 CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ADESÃO À TARV

As contribuições apresentadas a seguir foram elaboradas considerando observações desta pesquisa e recomendações de diretrizes oficiais, utilizando como base cinco documentos do Ministério da Saúde que tratam mais especificamente da adesão à TARV:

- [a] Diretrizes para o Fortalecimento das Ações de Adesão ao Tratamento para Pessoas que Vivem com HIV e Aids (BRASIL, 2007);
- [b] Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e Aids (BRASIL, 2008);
- [c] Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids (BRASIL, 2010b);
- [d] Cinco Passos para a Prevenção Combinada ao HIV na Atenção Básica (BRASIL, 2017d).
- [e] Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo de HIV em Adultos (BRASIL, 2018b).

A apresentação das propostas divide-se em três momentos, considerando aspectos relativos aos farmacêuticos e profissionais de saúde, serviços de saúde e metodologias de pesquisa. Primeiramente abordam-se situações voltadas aos farmacêuticos das UDMs e profissionais de saúde com sugestões de procedimentos a serem adotados. Em seguida, foram descritas as contribuições para os serviços de saúde, incluindo aspectos de gestão e tecnologia da informação. Por fim, apresentam-se duas contribuições metodológicas, que poderão servir de inspiração ou referência para outros estudos. Após a discussão das propostas, expôs-se um quadro com a compilação das principais proposições de cada tópico apresentado.

### 5.1 CONTRIBUIÇÕES PARA FARMACÊUTICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste item foram apresentadas duas propostas de aplicação prática durante o atendimento de usuários de TARV e que podem auxiliar na maior adesão dos pacientes ao tratamento.

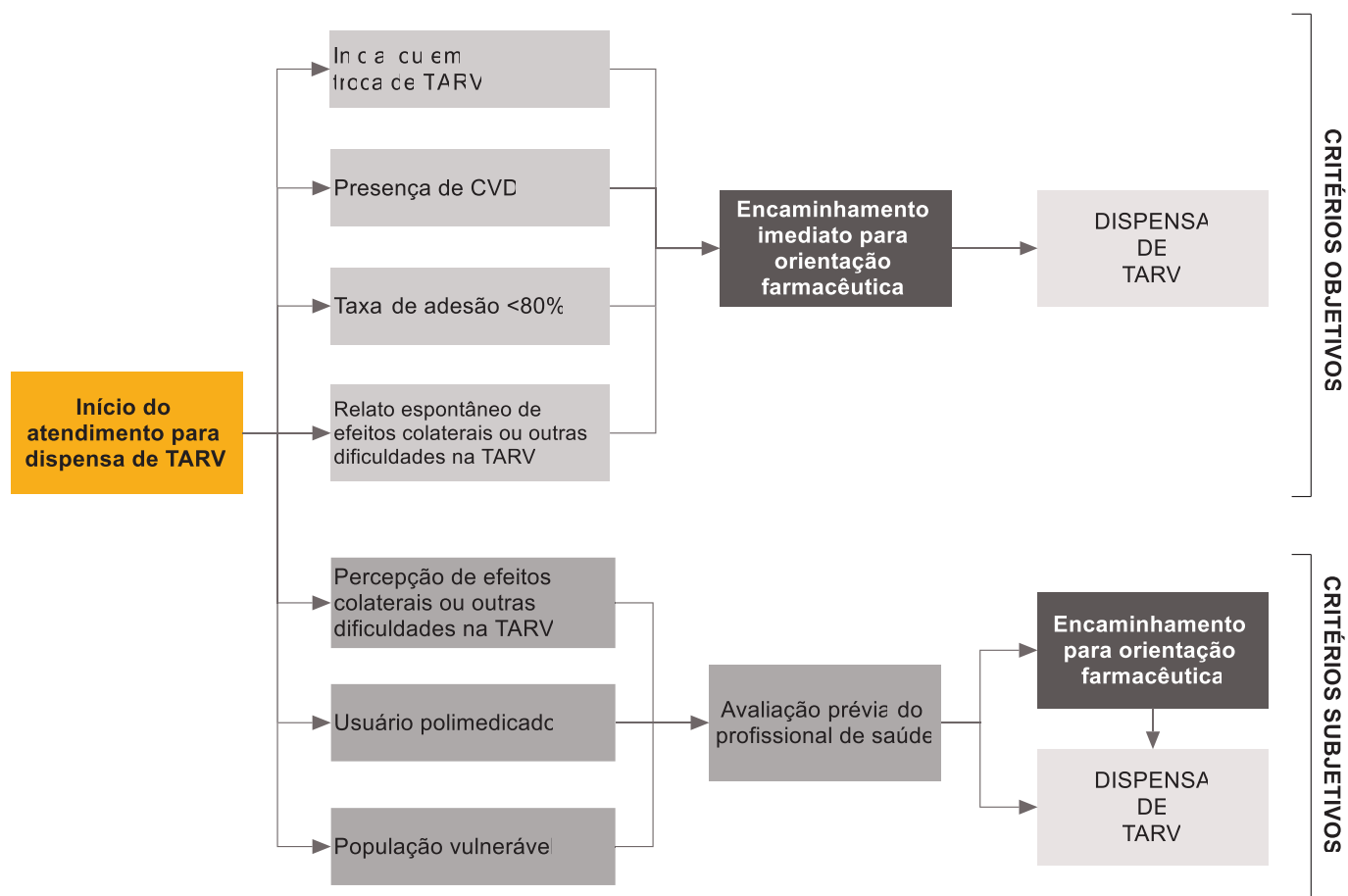
#### 5.1.1 Identificação de Usuários com Dificuldade de Adesão à TARV

De acordo com o PCDT, “nos intervalos entre as consultas médicas, a adesão deverá ser trabalhada por outros profissionais da equipe multiprofissional, como nos momentos da retirada de medicamentos nas farmácias ou da realização de exames.” (BRASIL, 2018b, p. 68).

Nesse contexto, entende-se como crucial que a equipe de saúde tenha condições de identificar os pacientes com dificuldades de adesão. Este fato tem maior relevância quando se sabe que os pacientes realizam consultas e exames a cada seis meses, período dentro do qual é possível que ocorram dificuldades relacionadas com o uso da TARV.

A proposta nesta perspectiva é auxiliar os profissionais da saúde na identificação de usuários que possam apresentar problemas na adesão durante o atendimento para retirada de TARV. Com base em dados obtidos nesta pesquisa e em recomendações de diretrizes oficiais, algumas situações dentro do processo de atendimento foram identificadas como sendo etapas importantes para orientação farmacêutica: usuário em início de TARV, primeiros meses após a mudança de esquema terapêutico, taxa de adesão menor que 80% calculada pelos registros de farmácia, presença de CVD, população vulnerável, demonstração de insatisfação com o tratamento ou relato de efeitos colaterais, e utilização de outros medicamentos além dos ARV. Observa-se que estes critérios são semelhantes àqueles propostos para a dispensação de ARV para períodos maiores que um mês (item 5.1.1), porque em ambas as situações estes fatores são indicativos da adesão ou não ao tratamento. O FLUXOGRAMA 5 apresenta os **critérios de análise a serem observados durante o atendimento com o objetivo de fundamentar a decisão de encaminhar (ou não) os usuários para orientação farmacêutica.**

FLUXOGRAMA 5 – CRITÉRIOS DE ANÁLISE DURANTE ATENDIMENTO PARA ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIOS PARA ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA



FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: CVD – carga viral detectável; TARV – terapia antirretroviral

Logo que o profissional inicia o atendimento, por meio da documentação e dos dados do usuário no SICLOM é possível identificar se é um paciente em **início de TARV** ou em **mudança de esquema terapêutico**, situações em que se recomenda orientação farmacêutica. Da mesma forma, esta orientação deve ocorrer quando o profissional identifica **CVD** no SICLOM. A **taxa de adesão** obtida pelos registros de retirada no sistema é outro critério importante para amparar a decisão de encaminhamento ao farmacêutico. Neste caso, entende-se como essencial que o SICLOM disponibilize essa informação em destaque, juntamente com a CV, conforme discute-se adiante, no item 5.2.2. Portanto, os **critérios objetivos** pontuados acima foram assim classificados pela possibilidade de serem identificados por meios concretos e confiáveis.

Por outro lado, existem **critérios subjetivos** que dependem da capacidade do profissional em identificar situações relevantes para a não adesão. Quando o usuário relata

espontaneamente eventos como a **manifestação de reações adversas** ou **outros problemas** relacionados com o tratamento, estes também podem ser considerados critérios objetivos. Entretanto, em muitos casos é necessária a habilidade de comunicação do profissional para identificar certas situações durante a conversa. Nesses casos, os critérios passam a contar com a subjetividade da equipe no reconhecimento daqueles que demandam orientação farmacêutica. Ressalta-se que as medicações mais novas apresentam muito poucos efeitos adversos e, quando presentes, estes são fracos e não causam transtornos relevantes para o paciente. Por outro lado, existem efeitos que se manifestam de modo intenso e limitante, como as alucinações e a lipodistrofia, aumentando a probabilidade de interrupção da TARV. (BRASIL, 2017a).

Outros dois aspectos observados que devem ser motivo de atenção referem-se aos casos de **usuários polimedicados**<sup>22</sup> ou **população vulnerável**. A questão da polimedicação nesse contexto está direcionada principalmente a interações medicamentosas que reduzem a eficácia dos ARV, sendo que nesta perspectiva o farmacêutico pode auxiliar ao organizar a farmacoterapia diária. Outro fator que demanda atenção da equipe de saúde diz respeito aos usuários considerados como população vulnerável. A literatura indica algumas características dos indivíduos para classificá-los como tal, por exemplo: pessoas com frágil estrutura psicossocial ou em situação de exclusão social, como moradores de rua; indivíduos que fazem uso abusivo de álcool ou drogas; portadores de doenças neuropsiquiátricas; pessoas privadas de liberdade e profissionais do sexo. (BRASIL, 2007a). Estes indivíduos merecem atenção especial em razão das suas situações de vida, que por si só podem dificultar a adesão e a manutenção de boas condições de saúde. Estes casos dependem de uma análise subjetiva do profissional para identificar os que necessitam de orientação especializada, visto que é inadequado fazer um comentário direto a esse respeito pelo constrangimento e preconceito que pode gerar.

Portanto, entende-se que **quando ocorre uma das situações apontadas como objetivas deve haver um encaminhamento direto ao farmacêutico**. Em contrapartida, as **outras condições abordadas precisam ser cuidadosamente analisadas pelos profissionais**, os quais devem encaminhar o usuário para orientação farmacêutica quando houver a identificação desses grupos ou quando permanecer a dúvida.

Ressalta-se que esta proposta foi baseada nas evidências obtidas desta tese e na literatura, mas cada UDM deve estabelecer seus próprios critérios com base na sua realidade.

---

<sup>22</sup> Apesar de não haver uma definição estrita, usuário polimedicado geralmente é aquele que utiliza cinco ou mais medicamentos ao dia, podendo incluir isentos de prescrição e os prescritos para terapias convencionais ou alternativas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

O importante é que a equipe multiprofissional reflita a respeito das situações, estabelecendo procedimentos que permitam uma maior proximidade do farmacêutico especialmente com usuários enfrentando problemas na adesão.

### 5.1.2 Atendimento de Usuários em Início de TARV

O início da TARV é um dos momentos mais críticos do tratamento de PVHIV. Diversos protocolos oficiais fazem recomendações para essa primeira fase, que necessita de atenção especial da equipe de saúde. Por meio das observações desta tese entendeu-se como fundamental que o farmacêutico participe ativamente desse primeiro momento, com vistas a esclarecer todo processo terapêutico ao paciente. Dessa forma, foi proposto um **roteiro para utilização do farmacêutico durante o atendimento inicial**. Trata-se de uma sugestão preliminar, podendo servir de base em futuras pesquisas para fins de validação no contexto de uso.

Por razões didáticas e com a finalidade de manter uma ordem lógica de assuntos, o roteiro foi dividido em seis etapas sequenciais: [a] acolhimento e percepção após o diagnóstico; [b] perfil sociodemográfico, econômico e questões de saúde; [c] aspectos técnicos; [d] aspectos comportamentais e sociais; [e] aspectos documentais; [f] dúvidas e encerramento.

O **acolhimento deve ser a primeira abordagem**, procurando ouvir mais que falar, no intuito de perceber os sentimentos do usuário após o diagnóstico e quais suas expectativas com o tratamento. Neste momento inicial é importante que o profissional se utilize de uma comunicação empática e acolhedora. Em seguida, é importante conhecer um pouco da **situação de vida do usuário**, como, por exemplo, onde e com quem mora, ocupação profissional, local de trabalho e presença de outras doenças. Estas informações permitem que o farmacêutico antecipe eventuais dificuldades que o paciente possa enfrentar, podendo utilizá-las para direcionar sua fala para certos aspectos durante a conversa.

Após essa apresentação, o farmacêutico pode iniciar as **explicações a respeito do HIV/aids**, destacando as informações que são fundamentais para o tratamento. Esta pesquisa observou que a consciência da importância da TARV é um dos principais fatores que levam os usuários a terem uma boa adesão. Para que essa percepção seja despertada no paciente, é primordial que ele compreenda o modo de ação dos antirretrovirais e a necessidade de não interromper o tratamento. Nesse momento, deve-se utilizar linguagem de fácil compreensão e evitar excesso de informações, usando o mínimo possível de termos técnicos. O farmacêutico pode se apoiar em diferentes recursos gráficos para auxiliar nas explicações, como imagens,

além de criar histórias para as explicações, estratégia utilizada por alguns profissionais entrevistados nesta tese. O profissional deve ainda explicar a posologia dos medicamentos e possíveis interações, comentando sobre os efeitos colaterais, sem, no entanto, reforçar aspectos negativos, mas fortalecendo os positivos. Em seguida o farmacêutico pode se dedicar às **questões referentes ao cotidiano do usuário, visando auxiliá-lo na organização da rotina de vida** após a introdução dos medicamentos e dos demais procedimentos para a condução da terapia. Também é relevante nesse momento saber para quem o usuário contou sobre o diagnóstico e se ele tem apoio da família para seguir o tratamento, visto que são aspectos importantes na adesão. A próxima etapa consiste de **orientação quanto aos documentos necessários** para a retirada da TARV e as frequências das consultas e exames. Por fim, o profissional esclarece **eventuais dúvidas** e informa seus contatos e horários em que pode ser encontrado. Importante nesse momento **agendar um próximo encontro**, entre 15 e 30 dias preferencialmente, para acompanhar a adaptação ao tratamento.

É fundamental que essa primeira conversa permita o vínculo entre o usuário e o farmacêutico, sendo muito importante o acolhimento, a positividade, empatia e, principalmente, a escuta ativa. O roteiro não precisa ser seguido na sequência sugerida e as informações devem preferencialmente surgir de forma espontânea, sem necessariamente estarem vinculadas a uma pergunta. Sobretudo, a comunicação deve ocorrer da forma mais natural possível, buscando um diálogo aberto, sem parecer um questionário a ser respondido. O usuário deve se sentir à vontade para compartilhar suas questões e o profissional precisa ter sensibilidade para não ser invasivo, sem ultrapassar o limite estabelecido pelo paciente, que pode ser relutante em comentar aspectos pessoais.

Perguntas constrangedoras, como uso de drogas ou renda familiar, devem ser evitadas de serem feitas objetivamente, mas podem ser observadas durante a conversa ou questionadas de modo indireto. Sugere-se relatar experiências de outros atendimentos, como por exemplo, comentar situações de pessoas que utilizavam drogas e tiveram problemas quanto ao uso da medicação. Importante também reforçar a necessidade de confiança no profissional, que nesse exemplo pode auxiliar o usuário de drogas e TARV na redução de danos. Ainda, é interessante perguntar ao usuário o que ele sabe sobre os assuntos técnicos que serão explicados, a fim de evitar repetição de informações previamente conhecidas.

Sugere-se que as informações obtidas nesse primeiro momento sejam arquivadas na UDM de modo confidencial, pois podem ser valiosas para auxiliar na resolução de eventuais problemas durante o tratamento. O formulário para registro destas informações pode seguir os documentos recomendados pelo Conselho Federal de Farmácia, na forma de prontuários



individuais. Pode-se adotar, por exemplo, o modelo SOAP (do inglês, *Subjective Objective Assessment Plan*), que organiza as informações em dados subjetivos, objetivos, avaliação e plano, permitindo ainda registros da evolução do tratamento. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2015).

A proposta do roteiro está no APÊNDICE 6 desta tese. Destaca-se que este roteiro foi elaborado empiricamente considerando os resultados deste estudo, sendo fundamental sua validação pelos farmacêuticos no contexto de uso, assunto para futuras pesquisas.

## 5.2 CONTRIBUIÇÕES PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste tópico foram apontadas sugestões para melhoramento dos serviços de saúde com relação à adesão à TARV nos âmbitos da gestão dos serviços e tecnologia da informação.

### 5.2.1 Gestão dos Serviços de Saúde

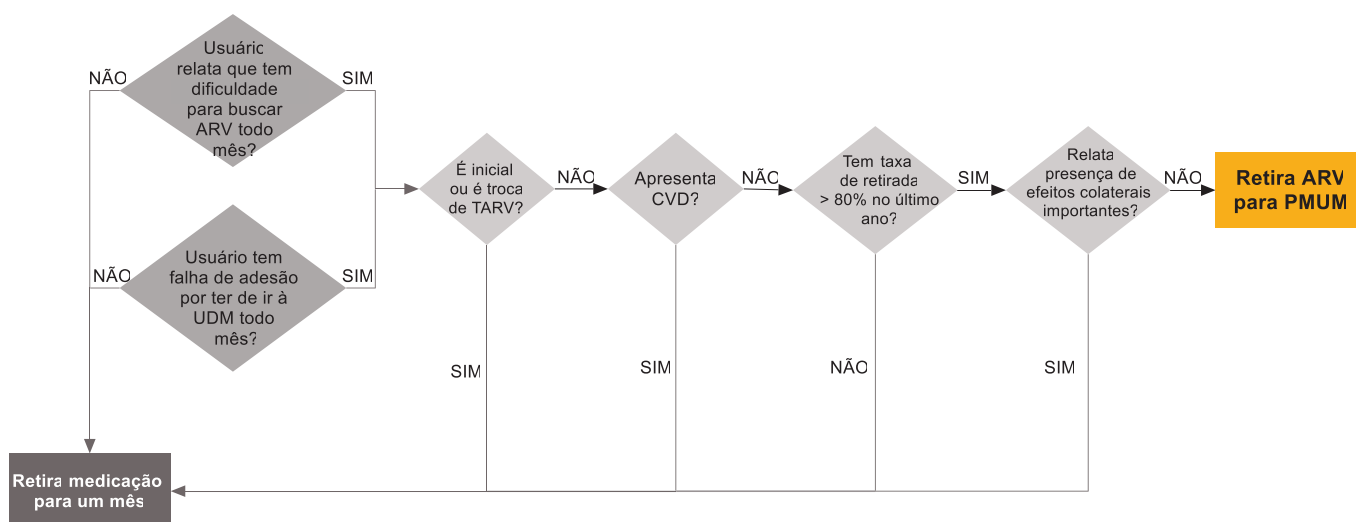
#### 5.2.1.1 Dispensação de TARV para períodos superiores a um mês

A dispensação de TARV para períodos superiores a um mês é também recomendada em diretrizes oficiais (BRASIL, 2010b), o que foi ratificado neste estudo. Observou-se que a ida mensal à UDM é fator de descontentamento para alguns pacientes por diferentes razões, especialmente por aspectos financeiros, conforme discutido anteriormente, e de ordem profissional. Sob essa perspectiva, dentre os obstáculos relatados estão a necessidade de realizar viagens por longos períodos e ausência do trabalho para buscar os medicamentos em horário comercial. Além destas, foi citada a necessidade de ter que justificar mensalmente a saída durante o período de expediente, criando desculpas falsas para manter a confidencialidade do diagnóstico do HIV. Esses motivos podem levar a uma adesão inadequada e devem ser considerados, visando uma melhor adequação do tratamento na rotina dos pacientes.

Portanto, sugere-se que haja **dispensa de medicação para períodos superiores a um mês** para alguns pacientes. Para que isto seja possível, inicialmente é necessário um **maior estoque de ARV na UDM**, o que deve ser discutido no âmbito da assistência farmacêutica na esfera federal e estar alinhado com as secretarias de saúde estaduais e municipais. Um segundo ponto a ser observado refere-se aos **critérios que a UDM deve estabelecer** com vistas a definir qual será o perfil do usuário que irá receber tratamento para dois ou mais meses. As evidências desta pesquisa apontam que os seguintes fatores devem ser considerados: carga viral mais

recente, número de retiradas mensais no último ano, início ou troca de terapia, presença de efeitos colaterais e alguns aspectos sociodemográficos e econômicos, de acordo com o que foi discutido acima. Destaca-se que a experiência negativa com os efeitos colaterais é fator de extrema relevância para a interrupção da TARV, conforme apresenta a literatura e é ratificado por esta pesquisa (QUADRO 5). Por essa razão a manifestação de eventos adversos está entre os critérios escolhidos. O FLUXOGRAMA 6 propõe uma sequência de etapas que podem guiar o profissional para a definição dos usuários aptos a receber maior número de doses de ARV.

FLUXOGRAMA 6 – CRITÉRIOS DE ANÁLISE PARA DISPENSA DE TARV PARA PERÍODOS SUPERIORES A UM MÊS



FONTE: A autora (2020)

LEGENDA: ARV – antirretroviral; CVD – carga viral detectável; PMUM – período maior que um mês; TARV – terapia antirretroviral; UDM – unidade dispensadora de medicamentos antirretrovirais

A entrega de medicação para períodos superiores a um mês pode ser considerada quando o usuário relata dificuldades de comparecer mensalmente à UDM ou quando o profissional identifica possibilidade de falhas na adesão pelo mesmo motivo. Ainda, a dispensação para um único mês deve ocorrer quando é **início de TARV** ou **troca de terapia**, situações em que é necessário acompanhar a adaptação ao tratamento, e quando o usuário está com **CVD**, pois nesse caso deve haver avaliação médica com eventual mudança de TARV. Recomenda-se o acompanhamento dos usuários por um período de dois a três meses após a mudança do esquema terapêutico, período dentro do qual é possível avaliar especialmente a manifestação de efeitos colaterais e a evolução da CV. Importante considerar também se este **usuário é aderente ao tratamento**, preferencialmente ao longo dos últimos 12 meses, o que pode ser observado pelas datas de retirada de ARV no SICLOM. Considerando a recomendação

de que o usuário deve fazer uso de no mínimo 80% das doses prescritas, em um ano ele deve ter retirado medicação para no mínimo 10 meses. Juntamente com estas situações, o profissional deve avaliar se o usuário relata **intolerância aos efeitos colaterais**, pois este é um dos principais fatores de interrupção do tratamento e pode ser necessária a mudança no esquema terapêutico.

Importante enfatizar que cada situação tem uma especificidade e deve ser analisada individualmente pelos profissionais de saúde, levando em conta as necessidades e rotina de vida dos indivíduos.

#### 5.2.1.2 Acesso facilitado aos serviços de saúde

A promoção de estratégias que tornem fácil o acesso dos usuários aos serviços de saúde é uma das primeiras disposições da assistência farmacêutica em HIV/aids (BRASIL, 2010b), questão que foi também levantada pelos participantes desta pesquisa. **Quanto mais próximo o serviço de saúde está da residência ou trabalho dos usuários, mais fácil é a adesão.** Nesta perspectiva, ressalta-se a situação desfavorável dos usuários de TARV dos 29 municípios da Região Metropolitana de Curitiba<sup>23</sup>, que apresenta UDM em apenas oito cidades<sup>24</sup>.

Achados deste estudo apontaram que um elemento importante a ser considerado refere-se ao aspecto financeiro dos pacientes, visto que alguns **não apresentam condições de custear o deslocamento mensal** para retirada de TARV. Nesse sentido, uma proposta deste estudo é a **descentralização das UDMs** para que a retirada de medicação possa ocorrer também **nas UBSs**, usualmente localizadas próximas às residências dos pacientes. O benefício seria tanto para os usuários quanto para as UDMs, que teriam um fluxo menor de pessoas, permitindo um atendimento mais individualizado, tão importante para o fortalecimento da adesão ao tratamento.

Entretanto, para viabilizar a descentralização, além de outros fatores a serem avaliados, como o controle logístico de distribuição dos medicamentos, destaca-se a obrigatoriedade de profissional farmacêutico em todas as UBS, o que, ao menos para o município de Curitiba, ainda não é uma realidade. Atualmente, há 111 farmacêuticos na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e existem 111 UBSs no município. Considerando que esses profissionais não atuam exclusivamente em UBSs, pode-se inferir que existem unidades básicas que não contam com farmacêutico no seu quadro de funcionários. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA,

---

<sup>23</sup> <http://www.comec.pr.gov.br/FAQ/Municipios-da-Regiao-Metropolitana-de-Curitiba>

<sup>24</sup> [http://azt.aids.gov.br/busca\\_udm/busca.php?ufs=PR](http://azt.aids.gov.br/busca_udm/busca.php?ufs=PR)

2020). Dessa forma, é essencial o **apoio da gestão municipal e estadual** nesse processo, inclusive para **adequação da estrutura física e de recursos humanos dos locais**.

Outro aspecto importante a se destacar refere-se à **liberdade de escolha do usuário** quanto ao local de retirada dos ARV, visto que alguns preferem ser atendidos em lugares afastados da sua residência a fim de não serem identificados por pessoas conhecidas. Portanto, para que a adesão seja de fato facilitada no que se refere ao acesso aos serviços, é imprescindível que o usuário conheça as opções, mas que seja respeitada sua decisão.

A facilidade de acesso aos serviços envolve também os horários de atendimento das UDMs. Com base nos dados desta pesquisa, identificou-se pessoas que trabalham em período integral e apresentam dificuldade de comparecer às UDMs que atendem em horário comercial. Isto ocorre porque os usuários precisam justificar sua saída do local de trabalho, e, quando o diagnóstico não é de conhecimento da empresa, ainda há o agravante de não poderem informar o real motivo. Outra proposta relevante para a adesão à TARV, portanto, refere-se à **ampliação do horário de atendimento das unidades para períodos noturnos ou finais de semana**, ainda que por alguns dias da semana ou do mês. Aliado a isso, pode-se avaliar a possibilidade de que a **retirada de medicação ocorra em horário previamente marcado**, de acordo com a disponibilidade do usuário.

#### 5.2.1.3 Educação continuada e capacitações periódicas

Este estudo demonstrou que os profissionais de modo geral apresentam conhecimento sobre os aspectos técnicos do tratamento do HIV. Porém, observou-se que habilidades de comunicação são tão ou mais importantes para a assimilação e uso da informação transmitida, o que é ratificado nas diretrizes oficiais. (BRASIL, 2010b). Assim, **a educação continuada da equipe de saúde, não somente nas questões técnicas, mas também documentais e comportamentais** são essenciais para que as condutas sejam unificadas e aplicadas com sucesso.

Com base nos dados desta tese, é factível considerar como sendo fundamental que a equipe de saúde tenha noções de empatia, linguagem corporal, respeito sem julgamento de valor, entre tantas outras competências necessárias para o acolhimento e efetividade comunicacional. Outro ponto importante refere-se à **técnica para condução do diálogo**, uma vez que perguntas diretas ou genéricas geralmente não geram respostas satisfatórias. Sendo assim, sugere-se que essas competências sejam abordadas durante as capacitações da equipe, visto que muitas vezes são preteridas em relação aos aspectos técnicos. A capacitação dos

profissionais com relação aos recursos tecnológicos disponíveis para atendimento remoto é outra sugestão. Tendo em vista a condição de isolamento social imposta pela pandemia de COVID-19, a população teve de se habituar a uma forma diferente de se relacionar, o que pode fortalecer certas condutas na área da saúde como os atendimentos não presenciais.

Durante os atendimentos de rotina ocorrem inúmeras situações distintas e inusitadas, com as quais os profissionais têm que lidar. Portanto, é primordial que toda a equipe esteja capacitada para as ações em diferentes cenários do atendimento, bem como haja **treinamentos periódicos e contínuos**, principalmente após a modificação de procedimentos e condutas.

#### 5.2.1.4 Apoio psicológico

Os achados desta pesquisa evidenciaram que, dentre os inúmeros fatores de não adesão à TARV identificados na literatura, grande parte está relacionado às questões psicossociais dos indivíduos. Como exemplo estão a não aceitação da doença, falta de apoio familiar, discriminação e até crenças limitantes quanto ao uso dos ARV, aspectos relevantes que podem culminar com a interrupção da terapia. Com base nos protocolos oficiais e nos dados desta tese, sabe-se que há uma necessidade importante de apoio psicológico para estes usuários de modo complementar aos cuidados médicos e farmacêuticos. Para isso, é necessário que os **profissionais psicólogos estejam em número suficiente para atender a população vinculada à UDM**. Utilizando o COA como exemplo, este estudo verificou que há um psicólogo na unidade, que atualmente é a maior UDM do Paraná e apresenta aproximadamente 4.500 usuários cadastrados. Entretanto, este profissional é indicado para pacientes do serviço de testagem para o HIV, sendo raros os casos em que há atendimento de usuários em tratamento. Para estes, a equipe do COA recomenda que se procure auxílio psicológico nas UBSs, que geralmente ocorre no formato de terapias em grupo. Assim, vê-se que o acompanhamento psicológico dos pacientes em TARV é uma deficiência no serviço.

A proposta, nesse contexto, é que se realize um **diagnóstico das UDMs com relação à presença de psicólogos**, juntamente com um estudo de viabilidade de inclusão destes profissionais na assistência aos usuários de TARV. Outra possibilidade são os **atendimentos remotos**, que se intensificaram durante a pandemia de COVID-19 e permitiram que os acompanhamentos médicos e psicológicos tivessem continuidade em épocas de distanciamento social. Estes novos procedimentos podem favorecer um maior acesso da população a certos serviços, pois vários usuários de TARV, que não precisam se identificar nas chamadas por vídeo, sejam atendidos na forma de terapias em grupo.

É essencial que farmacêuticos e médicos, em especial, possam dispor desse apoio nas situações em que as suas competências atingirem o limite, havendo necessidade de encaminhamento do paciente para orientação especializada.

#### 5.2.1.5 Auxílio para situações de falta de documentação para retirada de TARV

As esferas governamentais que tratam da assistência aos usuários de TARV recomendam que as UDMs **não imponham dificuldades para a retirada dos ARV**, permitindo o amplo acesso do medicamento às PVHIV. Esta pesquisa identificou que eventualmente ocorrem situações em que o usuário não apresenta o Formulário de Solicitação de Medicamento no momento de retirar a TARV. Este documento é encaminhado pelo médico e contém, dentre outras informações, a descrição do esquema terapêutico e para quantos meses ele é válido, podendo ser no máximo 180 dias, o que corresponde a seis retiradas. O médico pode definir uma validade menor do formulário em alguns casos, como para pacientes que estão com dificuldade de adaptação àquele esquema terapêutico.

Alguns motivos para a não apresentação deste documento são a falta na consulta médica, não marcação da consulta em tempo hábil, e ainda perda ou esquecimento do formulário. A ausência do formulário é motivo para a não dispensação dos ARV, pois é necessário confirmar o CRM do médico, essencial para cadastro das informações no SICLOM, assim como os medicamentos prescritos e a validade do documento. Entretanto, com vistas a evitar a interrupção do tratamento, sugere-se que a equipe de saúde avalie cuidadosamente caso a caso. Quando houver possibilidade, propõe-se que o profissional contate o médico para discutir a situação e eventualmente obtenha autorização para dispensa de TARV para 30 dias, período dentro do qual o usuário deve providenciar o formulário. É importante a ciência do médico para esta conduta e que a equipe esteja sempre comprometida em auxiliar da forma que for possível e no menor intervalo de tempo, a fim de evitar a descontinuidade da terapia e a ocorrência de falha terapêutica.

#### 5.2.1.6 Promoção de privacidade nos ambientes de atendimento

Os protocolos que tratam do atendimento às PVHIV pontuam que a **confidencialidade dos usuários e o atendimento individualizado** é um fator importante que deve ser sempre levado em consideração. Complementar a isso, os achados desta tese demonstraram que a falta de privacidade nas salas de espera e a demora no atendimento são queixas que causam

desconforto e insatisfação para uma parcela dos usuários de TARV. Ainda, durante o atendimento, a falta de um ambiente reservado é motivo de constrangimento na medida em o diálogo com o profissional de saúde pode ser observado por outros pacientes.

Nesse contexto, sugere-se que a gestão da UDM busque soluções estruturais para essas situações, como a **presença de divisórias separando os usuários** durante atendimento e **loais reservados para orientações individualizadas**. Especialmente nos serviços de saúde que não atendem somente pessoas com HIV, é importante que a farmácia, e eventualmente outras áreas destinadas a esses pacientes, ofereçam maior privacidade impedindo que estes sejam identificados enquanto aguardam atendimento. Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao **número de farmacêuticos e auxiliares de dispensação**, geralmente técnicos de enfermagem, que realizam os atendimentos para dispensação da TARV. A definição do quantitativo destes profissionais deve ter em vista o número de pacientes atendidos pelo serviço, de modo a **evitar aglomeração de pessoas pela lentidão no fluxo de atendimento**.

#### 5.2.1.7 O papel do profissional farmacêutico

Os dados desta tese apontam com clareza que a principal fonte de informação dos usuários de TARV é o médico, seguido da busca de informações na internet. De acordo com o PCDT (BRASIL, 2018b), as consultas médicas ocorrem a cada seis meses para pacientes com seguimento terapêutico usual, sem intercorrências. Entretanto, diferentemente do médico, os **usuários têm contato com farmacêuticos mensalmente na UDM, o que permite inferir que estes são profissionais mais acessíveis ao usuário**. As normativas que regulamentam a profissão farmacêutica certificam que as habilidades e competências dos profissionais não se restringem à organização da farmacoterapia, mas possuem uma amplitude que permite sua atuação no contexto da educação em saúde e prevenção de doenças, tão importantes no tratamento do HIV. Contudo, sua importância não é reconhecida pela população em geral. (SERAFIN; CORREIA JÚNIOR & VARGAS, 2015).

Nesse sentido, sugere-se que nas UDMs sejam estudadas **estratégias de informação das atribuições do farmacêutico no cuidado à saúde**, especialmente nas **salas de espera para atendimento**, momento em que os usuários estão mais disponíveis para receber informações. Para isso, é também necessário que os **profissionais estejam disponíveis e capacitados** para realizarem orientações farmacêuticas. O objetivo é auxiliar ao máximo o usuário, no que cabe à competência do farmacêutico, evitando encaminhamento médico para questões que muitas vezes podem ser solucionadas por este profissional. O fortalecimento da função do



farmacêutico no contexto da saúde coletiva é importante inclusive para os planejamentos públicos de contratação destes profissionais.

## 5.2.2. Tecnologia da Informação

### 5.2.2.1 Aperfeiçoamento do SICLOM

No âmbito da tecnologia da informação, serão discutidas três possibilidades para o melhoramento do SICLOM: inclusão da taxa de adesão dos usuários, inclusão de dados de CV a partir de laboratórios particulares e importação de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

- Inclusão de taxa de adesão dos usuários

Conforme discutido no item 5.1.2, dois critérios fundamentais que podem auxiliar na identificação de usuários com dificuldades na adesão é o valor da carga viral mais recente e a taxa de adesão obtida pelos registros de retirada de ARV no SICLOM. Considerando que usuários com CVD e/ou adesão inferior à 80% são indivíduos que estão apresentando dificuldades com o tratamento, o SICLOM poderia sinalizar essas informações para o profissional. Atualmente, o sistema informa somente os valores de CV, contudo não há destaque para esse dado.

Nesse sentido, propõe-se um aperfeiçoamento do SICLOM pela **inclusão do cálculo da taxa de adesão** a partir das datas de retirada de ARV do usuário nos últimos 12 meses, **utilizando o modelo recomendado nesta tese** (item 4.2.2.1). Como complementar, é primordial que a **CV e a taxa de adesão sejam informadas em destaque na mesma tela** de preenchimento das informações. Isto se justifica porque a necessidade de adentrar em outras interfaces do sistema faz com que o tempo de atendimento seja maior, além de que o atendente pode esquecer de visualizar essas informações se tiver que entrar em outra tela. A ideia é que estes dados sejam enfatizados para o profissional logo que ele acesse o cadastro do usuário. Portanto, se a CV e a taxa de adesão de todos os usuários forem facilmente visualizadas nas telas de cadastro, a identificação do perfil de adesão do paciente seria facilitada sobremaneira, aumentando as chances de uma intervenção farmacêutica previamente a uma falha terapêutica.



- Inclusão de dados de CV a partir de laboratórios particulares

Atualmente, o SICLOM importa valores de CV provenientes do SISCEL, que é alimentado pelos laboratórios públicos do país. Por essa razão, para usuários que utilizam laboratórios privados, o profissional de saúde deve registrar manualmente no SICLOM o valor da CV. Esta informação pode chegar à UDM de duas formas: o usuário do serviço privado de saúde traz o resultado do exame ou o médico preenche o campo de CV no formulário de solicitação de medicamento. Desde dezembro de 2015, é obrigatório que o prescritor indique a CV no formulário. (DEPARTAMENTO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2020).

Entretanto, nem todos os usuários têm o comprometimento de levar os exames na UDM e muitos formulários vêm incompletos. Portanto, esta é uma deficiência crítica no processo de acompanhamento de todas as PVHIV, o que foi confirmado por este estudo que observou dados antigos e desatualizados de CV de muitos usuários do serviço privado de saúde. Considerando que aproximadamente 40% dos entrevistados nesta pesquisa utilizam o serviço privado, seria essencial encontrar estratégias para solução do problema.

Três possibilidades são aventadas para esta situação: conscientização de usuários e médicos sobre a necessidade de atualização contínua da CV no SICLOM, acesso de laboratórios particulares ao SISCEL e criação de um sistema informatizado intermediário para os laboratórios particulares. Na primeira situação, sugere-se a **realização de campanhas de conscientização dos usuários e médicos** para a necessidade da informação da CV. Entretanto, a alimentação do SICLOM continuaria sendo manual e não haveria garantia de resolução do problema, visto que a informação depende de terceiros e da atenção do profissional de saúde em registrar os dados no sistema. Na segunda proposta, sugere-se um estudo de viabilidade do ponto de vista tecnológico para que os **dados de CV dos laboratórios particulares sejam importados diretamente para o SISCEL**. Por fim, a terceira possibilidade, também sob a ótica da tecnologia da informação, consiste em avaliar se seria factível a criação de um **sistema intermediário que concentre todos os resultados de CV dos laboratórios particulares**. A partir deste sistema, então, os dados seriam importados para o SISCEL ou diretamente para o SICLOM. Importante destacar que a não apresentação dos resultados de CV não deve ser impeditivo para a dispensação da TARV.

- Importação de dados do SIM

Atualmente, o SICLOM não é atualizado nos casos de óbito de pacientes, exceto quando os profissionais recebem essa informação por meio de familiares ou por busca direta, ocorrendo de forma manual a exclusão do usuário no sistema. A informação de mortalidade é especialmente relevante porque o SICLOM oferece relatórios contendo os pacientes que não retiraram medicação nos últimos meses, o que pode incluir tanto usuários em abandono de terapia quanto os casos de óbito. Assim, a proposta é que haja o **cruzamento dos dados de mortalidade do SIM com o SICLOM**, o que **pouparia tempo da equipe nos momentos de busca ativa** aos pacientes em abandono. Além disso, permitiria um **controle mais rigoroso dos estoques e pedidos de reposição mensais de ARV**, pois o número de usuários ativos estaria constantemente atualizado.

#### 5.2.2.2 Desenvolvimento de recursos tecnológicos para compartilhamento de informações

A privacidade é um fator de extrema relevância para as PVHIV, aspecto amplamente apontado pela literatura científica. Com base nos achados desta pesquisa, uma das situações que os usuários se sentem constrangidos pela falta de privacidade é durante a espera por consultas médicas e retirada de ARV, momentos de exposição em que podem ser reconhecidos. Sob esse aspecto, acredita-se que pode ser uma estratégia positiva para o fortalecimento da adesão o **desenvolvimento recursos tecnológicos que permitam uma rápida e eficiente comunicação entre UDM e pacientes**. Por meio destes recursos, o usuário acompanharia a situação do serviço em tempo real, podendo optar por horários com menor fluxo de pessoas aguardando atendimento, assim como poderia realizar a marcação de consultas e exames. O recurso ainda poderia servir como uma fonte expressiva de informação na medida em que comunicasse locais e horários dos serviços de saúde, novos procedimentos da UDM e uma interface para comunicação direta com o farmacêutico para esclarecimento de dúvidas.

Esta forma de interação poderia vir a partir de **aplicativos de comunicação por mensagem ou um telefone exclusivo**, por exemplo, tendo como vantagem a **garantia de privacidade** dos indivíduos e a maior agilidade na comunicação. Outra opção seria o atendimento remoto de pacientes, com horário marcado ou por meio de palestras e comunicações que poderiam permanecer disponíveis em algum sítio eletrônico.

Estudos futuros dentro desta perspectiva devem ser realizados, iniciando com uma pesquisa de opinião com usuários e profissionais de saúde, no intuito de conhecer o interesse por novos modelos de comunicação e as principais necessidades a serem atendidas pelos recursos tecnológicos.

### 5.3 CONTRIBUIÇÕES METODOLÓGICAS

#### 5.3.1 Modelo de Cálculo da Taxa de Adesão

Os dados deste estudo ratificaram que a metodologia para determinação de adesão por registros de farmácia é confiável e de fácil aplicação nas UDMs, visto que o SICLOM é um sistema unificado que disponibiliza os dados necessários. Conforme discutido no item 4.2.2.1, apesar de existirem diferentes formas de calcular a taxa de posse de medicação, o **modelo que aplica medicação residual e um período fixo de análise oferecem resultados mais fidedignos** do comportamento do usuário com relação à adesão. Isto foi demonstrado estatisticamente pelos resultados obtidos nesta tese, que contribuiu com um procedimento metodológico que pode ser empregado na prática profissional para fornecer informações fundamentais nas ações de fortalecimento de adesão dos usuários de TARV.

#### 5.3.2 Metodologia *Sense-Making* para Estudos de Comportamento Informacional em Saúde

Outra contribuição desta pesquisa do ponto de vista metodológico foi a utilização do ***sense-making* como técnica de coleta e análise de dados voltados para o comportamento informacional na área da saúde** (item 3.3.1.1). Esta metodologia foi empregada com o objetivo de conhecer mais profundamente o comportamento informacional de usuários e profissionais de saúde no contexto de uso de TARV, mas pode servir de base para futuras pesquisas com outras situações de saúde. Pelo *sense-making*, observou-se que, o que se chama de “lacuna” nesta metodologia, equivale às dificuldades enfrentadas pelos usuários de TARV, as quais estão vastamente descritas na literatura. Entretanto, para outras doenças que tenham estas informações desconhecidas, o pesquisador pode se utilizar da estrutura do *sense-making* para desenvolver protocolos de coleta de dados, semelhante ao que foi feito nesta tese. Também é possível analisar os dados a luz dos conceitos de Dervin e Nilan (1986). Ao compreender o comportamento de busca informacional dos usuários observou-se, por exemplo, que os médicos e sites da internet são as principais fontes de pesquisa, dados que podem auxiliar a nortear ações

de promoção a adesão. Por outro lado, verificou-se que os profissionais usam as informações obtidas por meio de suas experiências para definirem procedimentos eficazes de orientação ao paciente. Estes aspectos são importantes para o delineamento de estratégias de promoção a adesão e, novamente, podem ser aplicados dentro do contexto do *sense-making*. Demonstrou-se, portanto, que este é um **método viável de ser aplicado na área da saúde** e que pode oferecer informações relevantes para nortear decisões nas gestões públicas e melhoramentos no cuidado à saúde da população.

#### 5.4 SÍNTESE DAS CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

O QUADRO 8 apresenta uma síntese das propostas que foram discutidas no item 5.1, 5.2 e 5.3, indicando aquelas que são complementares a informações previamente publicadas em diretrizes oficiais e as contribuições originais deste estudo.

QUADRO 8 – SÍNTESE DAS CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

	CONTRIBUIÇÕES COMPLEMENTARES	CONTRIBUIÇÕES ORIGINAIS DA TESE
<b>1. Farmacêuticos e Equipe de Saúde</b>		
Dispensação de ARV para períodos superiores a um mês		[a] Apoio da assistência farmacêutica em âmbito federal para a distribuição de maior estoque de ARV; [b] Estabelecimento de critérios para os usuários candidatos a retirarem medicação para mais de um mês. (FLUXOGRAMA 5)
Identificação de usuários com dificuldade de adesão		[a] Estabelecimento de critérios para encaminhamento do usuário para orientação farmacêutica. (FLUXOGRAMA 6)
Atendimento de usuário em início de TARV		[a] Roteiro de atendimento farmacêutico inicial. (APÊNDICE 6)
<b>2. Serviços de Saúde</b>		
<b>2.1 Gestão dos serviços</b>		
Acesso facilitado ao serviço de saúde	[a] Usuários apresentam dificuldades financeiras para o transporte até a UDM. [b] Ampliação do horário de atendimento da UDM para períodos noturnos e finais de semana.	[a] Descentralização das UDMs para UBSs, com apoio de todas as esferas públicas: logística de distribuição dos ARV para os locais; contratação de mais profissionais farmacêuticos; adequação das estruturas físicas e de recursos humanos das UBSs. [b] Atendimento com horário marcado.
Educação continuada da equipe multiprofissional	[a] Capacitação em habilidades de comunicação e para o uso de recursos tecnológicos. [b] Treinamento periódico após mudança de procedimentos e condutas.	
Apoio psicológico	[a] Presença de psicólogos em número suficiente nas UDMs.	[a] Atendimento remoto individual ou na forma de terapias de grupo.
Auxílio para situações de falta de documentação para retirada de TARV	[a] Contato médico para dispensa de TARV para 30 dias mesmo com a ausência do formulário de solicitação de medicamentos.	

Promoção de privacidade nos ambientes de atendimento	[a] Provimento de infraestrutura física e de recursos humanos nas UDMs, como uso de divisórias entre os pacientes em atendimento, salas reservadas para orientação individual e número suficiente de profissionais para evitar aglomeração de pessoas em espera.
O papel do profissional farmacêutico	[a] Promoção de estratégias para informação dos usuários em salas de espera sobre o papel do farmacêutico no cuidado à saúde.
<b>2.2 Tecnologia da Informação</b>	
Aperfeiçoamento do SICLOM	[a] Inclusão do cálculo da taxa de adesão dos usuários; [b] Destaque nos valores de adesão e CV; [c] Estudo de estratégias para a importação de dados de CV de usuários do serviço privado de saúde para o SICLOM; [d] Importação de dados do SIM.
Compartilhamento de informações entre UDM e usuários	[a] Desenvolvimento de recursos tecnológicos para compartilhamento de informações, como aplicativos de mensagens.
<b>3. Contribuições Metodológicas</b>	
Modelo de cálculo da taxa de adesão	[a] Recomendação de um método adequado para cálculo da taxa de posse de medicação para avaliar a adesão à TARV.
Uso do <i>sense-making</i> para estudos de comportamento informacional em saúde	[a] Utilização da metodologia <i>sense-making</i> como base conceitual para coleta e análise de dados de comportamento informacional em saúde

## 7 CONCLUSÃO

O processo de adesão ao tratamento antirretroviral envolve múltiplos fatores e não é linear ao longo do tempo. As dificuldades são inúmeras e variadas, especialmente devido ao preconceito e discriminação ainda tão presente na realidade dos pacientes. Em virtude de ser uma doença crônica que necessita do uso da medicação por toda a vida do indivíduo, as dificuldades mudam ao longo dos anos e intercalam-se momentos de maior e menor aderência. Justamente pela complexidade da doença e dos aspectos sociais envolvidos, a adesão ao tratamento é um desafio constante das equipes de saúde e de pesquisadores da área.

Este estudo identificou que os usuários de TARV da maior UDM do Paraná utilizam, em sua maioria, a assistência exclusiva do SUS, apresentam alto grau de escolaridade e quase metade dos entrevistados possuem plano de saúde suplementar. Demonstrou-se que usuários procedentes de serviços de saúde privados se mostram mais aderentes à TARV quando comparados aos pacientes do SUS, o que em parte pode ser explicado pelo maior acesso que os primeiros possuem aos serviços e médicos especialistas. Apesar desta diferença, mais de 90% da amostra total dos indivíduos estavam em supressão viral, dado relevante para demonstrar que o SUS tem cumprido satisfatoriamente seu papel no cuidado às PVHIV. Isto revela que políticas públicas bem estruturadas, como é o caso do programa nacional de HIV/aids, podem proporcionar resultados semelhantes àqueles obtidos por meio de serviços de saúde privados.

Para a determinação da adesão, o método da taxa de posse de medicação mostrou-se reprodutível e de fácil aplicação pelas UDMs, principalmente devido à centralização de dados relativos às datas de retirada de ARV e carga viral no SICLOM. Ainda, esta pesquisa revelou que o uso da medicação residual e um período observacional fixo são critérios importantes para garantir a confiabilidade dos resultados. Possivelmente por ser o COA um centro de referência ao tratamento de PVHIV no Brasil, o percentual de pacientes com CVD estava abaixo da média descrita na literatura, indicando a qualidade do serviço prestado. Entretanto, observou-se que, além daqueles usuários com CVD, os que apresentam CVI, porém adesão abaixo de 80%, também necessitam de um acompanhamento individualizado.

Com o propósito de avaliar profundamente os fatores informacionais que suscitam os usuários a interromperem a TARV, a metodologia *sense-making* mostrou-se adequada para o desenvolvimento de protocolos de coleta e análise de dados. Além disso, auxiliou sobremaneira a compreensão de como os usuários e profissionais de saúde enfrentam as dificuldades do tratamento e alcançam as soluções. Com base nos preceitos do CIH, foi possível observar quais

eram os motivadores para a busca pela informação, as principais fontes de consulta e como usuários e profissionais utilizam esta informação para dar continuidade ao tratamento. Apesar de serem assuntos ainda pouco explorados na área de saúde, o CIH e o uso do *sense-making* constituíram uma contribuição importante deste estudo, podendo servir de referencial para futuras pesquisas na área.

Observou-se que atualmente os principais fatores interferentes na adesão à TARV são de âmbito comportamental, e não relacionados diretamente aos medicamentos. Isto ocorre porque os ARV mais modernos apresentam poucos efeitos colaterais e a terapia inicial compreende somente dois comprimidos diários na maioria dos casos. Em contrapartida, questões sociais e ambientais, como o constrangimento de ser reconhecido como portador do HIV, dificuldades para comparecer em consultas e buscar os medicamentos, assim como falta de apoio social e o preconceito são fatores que imperam entre muitas PVHIV. Na tentativa de resolver as questões que dificultam uma adesão adequada, os usuários buscam auxílio principalmente com os médicos, seguido da pesquisa em sites na internet. Para profissionais de saúde, as informações são obtidas principalmente de protocolos e sites oficiais do Ministério da Saúde, assim como nas bulas dos ARV. Por outro lado, as informações obtidas podem levar o usuário a continuar o tratamento ou, quando não são satisfatórias, provocam a interrupção da TARV. Além disso, existem aspectos motivacionais tanto para a adesão quanto para a não adesão, como a consciência da importância do tratamento e uma relação hostil com o médico, respectivamente.

Dentre as contribuições propostas para o fortalecimento da adesão à TARV, destaca-se um roteiro para uso do farmacêutico em atendimento a paciente inicial e um fluxograma para auxílio aos profissionais na identificação de usuários com possível dificuldade com o tratamento. Especificamente este é um ponto crítico no processo de atendimento, pois aqueles pacientes que estiverem com problemas de adesão, se forem identificados precocemente, podem ser adequadamente acompanhados, evitando o desenvolvimento da aids e a transmissão do HIV para outras pessoas. Com relação aos serviços de saúde, sugeriu-se um aperfeiçoamento no SICLOM, fundamental exatamente para fornecer fundamento aos profissionais durante o atendimento de rotina na identificação dos problemas com adesão. Ademais, uma questão importante diz respeito à atualização de valores de carga viral de usuários assistidos pelo serviço privado de saúde no SICLOM. O modo como isto ocorre atualmente gera muitos cadastros sem esta informação ou com dados desatualizados, impossibilitando a identificação correta de usuários que necessitam de atendimento farmacêutico ou de encaminhamento médico. Nesse



sentido, seria essencial a busca por ferramentas ou procedimentos que possibilitem uma atualização e incorporação automática destas informações no sistema.

Observou-se que um motivo importante para a interrupção da TARV é o desconhecimento dos usuários a respeito do modo de ação dos ARV, o que se confirma quando o paciente suspende o tratamento por sentir-se bem de saúde. Dessa forma, são necessárias pesquisas voltadas para o estudo de artefatos informativos e estratégias de ensino e aprendizagem que fortaleçam a transmissão e assimilação desta informação técnica pelos usuários.

Esta tese demonstrou que o fortalecimento da adesão à TARV não envolve unicamente um aspecto, mas compreende a associação de estratégias e procedimentos que contemplem todo o sistema de tratamento para que se propicie resultados satisfatórios. A tecnologia da informação pode auxiliar grandemente os profissionais e serviços de saúde, mas deve estar aliada a outros fatores. Ressalta-se a importância das habilidades de comunicação dos profissionais, o acolhimento do paciente nos serviços e a consideração das condições psicossociais e econômicas dos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. **Há 36 anos, o cientista Luc Montagnier isolou pela primeira vez o vírus da AIDS.** 20 de maio de 2019. Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/noticia/ha-36-anos-o-cientista-luc-montagnier-isolou-pela-primeira-vez-o-virus-da-aids/>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. **Retrospectiva 2019: 135 mil vivem com HIV/aids no Brasil e não sabem.** 06 de janeiro de 2020. Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/noticia/retrospectiva-2019-ministerio-da-saude-135-mil-vivem-com-hiv-aids-no-brasil-e-nao-sabem/>>. Acesso em: 26 de jun. de 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2010-2020).** Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 18 jun. 2020.

ALENCAR, T.M.D.; NEMES, M.I.B.; VELLOSO, M.A. Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1841-1849, 2008.

ANKRAH, D.N.A.; KOSTER, E.S.; MENTEL-TEEUWISSE, A.K.; et al. Facilitators and barriers to antiretroviral therapy adherence among adolescents in Ghana. **Patient Preference and Adherence**, v. 10, p. 329-337, 2016.

ANUURAD, E.; SEMRAD, A.; BERGLUND, L. Human Immunodeficiency virus and highly active antiretroviral therapy – associated metabolic disorders and risk factors for cardiovascular disease. **Metabolic Syndrome and Related Disorders**, v. 7, n. 5, p. 401-410, 2009.

ARAÚJO, C.A.A.; PEREIRA, G.A.; FERNANDES, J.R. A contribuição de B. Dervin para a Ciência da Informação no Brasil. **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 14, n. 28, p. 57-72, 2009.

ARERI, H.A.; MARSHALL, A.; HARVEY, G. Interventions to improve self-management of adults living with HIV on antiretroviral therapy: a systematic review. **PLoS ONE**, v. 15, n. 5, e0232709, 2020.

ATLAS de desenvolvimento humano no brasil. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>>. Acesso em: 18 jun. 2020.

AUREA, A.P. et al. **Programas de assistência farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficácia, 2005-2008.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), 2011. 70 p. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1658.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1658.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2017.

BADAHDAH, A.M.; PEDERSEN, D.E. “I want stand on my own legs”: a qualitative study of antiretroviral therapy adherence among HIV-positive women in Egypt. **AIDS Care**, v. 23, n. 6, p. 700-704, 2011.

BAPTISTA, S.G.; CUNHA, M.B. Estudos de usuários: visão global dos métodos de coleta de dados. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.12, n.2, p.168-184, 2007.

BASTI, B.D.; MAHESH, V.; BANT, D.D.; BATHIJA, G.V. Factors affecting antiretroviral treatment adherence among people living with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome: a prospective study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 6, n. 3, p. 482-486, 2017.

BATES, M.J. Toward an integrated model of information seeking and searching. **New Review Information Behavior Research**, v. 3, p. 1-15, 2002.

BEEN SK, YILDIZ E, NIEUWKERK PT, et al. Self-reported adherence and pharmacy refill adherence are both predictive for an undetectable viral load among HIV-infected migrants receiving cART. **PLoS One**, v. 12, n. 11, p. 1-12, 2017.

BERG, K.M.; ARNSTEN, J.H. Practical and Conceptual Challenges in Measuring Antiretroviral Adherence. **Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome**, v. 43, S79-S87, 2006.

BERGER, B.A. **Habilidades de comunicação para farmacêuticos**: construindo relacionamentos, otimizando o cuidado aos pacientes. Tradução Divaldo Pereira de Lyra Júnior et al. São Paulo: Pharmabooks, 2011. 288 p.

BERNAL, Q.F.F. Farmacología de los antirretrovirales. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 27, n. 5, p. 682-697, 2016.

BIJKER, R.; JIAMSAKUL, A.; KITYO, C.; et al. Adherence to antiretroviral therapy for HIV in sub-Saharan Africa and Asia: a comparative analysis of two regional cohorts. **Journal of the International AIDS Society**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2017.

BOER, I.M.; PRINS, J.M.; SPRANGERS, M.A.; NIEUWKERK, P.T. Using different calculations of pharmacy refill adherence to predict virological failure among HIV-infected patients. **Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome**, v. 55, n. 5, p. 635-640, 2010.

BOLSEWICZ, K.; DEBATTISTA, J.; VALLELY, A.; et al. Factors associated with antiretroviral treatment uptake and adherence: a review. Perspectives from Australia, Canada and the United Kindom. **AIDS Care**, v. 27, n. 12, p. 1429-1438, 2015.

BONOLO, P.F.; CÉSAR, C.C.; ACÚRCIO, F.A.; et al. Non-adherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. **AIDS**, v. 19, n.4, S5-S13, 2005.

BONOLO, P.F.; GOMES, R.R.F.M.; GUIMARÃES, M.D.C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas de adesão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 4, p. 261-278, 2007.

BORETZKI, J.; WOLF, E.; WIESE, C; et al. Highly specific reasons for nonadherence to antiretroviral therapy: results from the German adherence study. **Patient Preference and Adherence**, v. 11, p. 1897-1906, 2017.

BRASHERS, D.E.; GOLDSMITH, D.J.; HSIEH, E. Information Seeking and Avoiding in Health Contexts. **Human Communication Research**, v. 28, n. 2, p. 258-271, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. Brasília, 1999. Disponível em: <[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_127698.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127698.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Programa DST e Aids. **Diagnóstico das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Anti-Retrovirais**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diag\\_med\\_ant\\_retro01a.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diag_med_ant_retro01a.pdf)>. Acesso em: 27 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e aids**. Brasília, 2007a. Disponível em: <<https://redepithiva.files.wordpress.com/2009/12/diretrizes-para-adesao-ao-tratamento-da-aids.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, 2007b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro7.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **O vírus da AIDS 20 anos depois**. [2007?]. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_adesao\\_tratamento\\_hiv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf)>. Acesso em: 09 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao Tratamento Antirretroviral no Brasil: Coletânea de Estudos do Projeto ATAR**. Brasília, 2010a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/adesao\\_tratamento\\_antirretroviral\\_brasil\\_coletanea\\_estudos\\_projeto\\_atar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/adesao_tratamento_antirretroviral_brasil_coletanea_estudos_projeto_atar.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS**. Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2010/protocolo-de-assistencia-farmacutica-em-dsthiv-aids-2010>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e

normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 21 de outubro de 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 29 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_manejo\\_hiv\\_adultos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle da Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, 2017a. 416 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle da Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília, 2017b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoresas-e-gestores>>. Acesso em: 15 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle da Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV**. Brasília, 2017c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>>. Acesso em 12 out 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle da Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica**. Brasília, 2017d. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>>. Acesso em: 16 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV e adultos e crianças**. Brasília, 2018a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle da Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, 2018b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>. Acesso em: 11 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, 2019a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **O que é prevenção combinada?** Brasília, 2019b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/o-que-e-prevencao-combinada>>. Acesso em: 16 out. 2019.

BRAWLEY, L.R.; CULOS-REED, S.N. Studying adherence to therapeutics regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials**, v. 21, p. 156S-163S, 2000.

BROJAN, L.E.F.; MARCA, L.M.; DIAS, F.A.; RATTMANN, Y.D. Uso de antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Einstein** (São Paulo), v. 18, p. 1-7, 2020.

BURCH, L.S.; SMITH, C.J.; PHILLIPS, A.N. et al. Socioeconomic status and response to antiretroviral therapy in high-income countries: a literature review. **AIDS**, v. 30, n. 8, p. 1147-1161, 2016.

BUSSAB, W. de O.; MORETTIN, P. A. **Estatística básica**. Tradução. [s.l.]: Saraiva, 2010.

CAIFFA, W.T.; BASTOS, F.I. Usuários de drogas injetáveis e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: epidemiologia e perspectivas de intervenção. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 2, p. 190-2020, 1998.

CAMPBELL, L.; MASQUILLIER, C.; THUNNISSEN, E. et al. Social and structural determinants of household support for ART adherence in low-and-middle-income countries: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, p. 3808 – 3836, 2020.

CARVALHO, C.V.; MERCHAN-HAMANN, E.; MATSUSHITA, R. Determinants of antiretroviral treatment adherence in Brasília, Federal District: a case-control study. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 5, p. 555-565, 2007.

CHAIYACHATI, K.H.; OGBUOJI, O.; PRICE, M.; et al. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. **AIDS**, v. 28, supl. 2, p. S187-S204, 2014.

CHAMON, E.M.Q.O.; SANTOS, O.A.S.G.; CHAMON, M.A. **Estresse e estratégias de enfrentamento**: instrumentos de avaliação e aplicações. XXXII Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 6 a 10 de setembro de 2008. 14 p. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/GPR-A1015.pdf>>. Acesso em 15 jul. 2020.

CHESNEY, M.A.; MORIN, M.; SHERR, L. Adherence to HIV combination therapy. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 11, p. 1599-1605, 2000.

CONGRESSO DE HIV/AIDS, 11; CONGRESSO DE HEPATITES VIRAIS, 4., 2017, Curitiba. **Câmaras Técnicas**: nova configuração e responsabilidades. Disponível em:



<[http://azt.aids.gov.br/documentos/reunioes/reuniao\\_curitiba/C%C3%A2maras%20T%C3%A9cnicas%20nova%20configura%C3%A7%C3%A3o%20e%20responsab.%20\(26.9.17\).pdf](http://azt.aids.gov.br/documentos/reunioes/reuniao_curitiba/C%C3%A2maras%20T%C3%A9cnicas%20nova%20configura%C3%A7%C3%A3o%20e%20responsab.%20(26.9.17).pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **CFF disponibiliza modelos de formulários para documentação de serviços clínicos**. 12 de fevereiro de 2015. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/noticia.php?id=2581>>. Acesso em 25 set. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 96, 20 de mai. 2004. Seção 1.

COSTA, J.M.; TORRES, T.S.; COELHO, L.E.; LUZ, P.M. Adherence to antiretroviral therapy for HIV/aids in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. **Journal of the International AIDS Society**, v. 21, e25066, 2018.

COSTA, C.K.; ABE, S.Y.; SILVA, G.P. et al. Recommended method for health services to determine adherence to antiretroviral therapy: a comparison of three models. **International Journal of STD & AIDS**, v. 30, n. 14, p. 1382 – 1388, 2019.

CUNICO, W.; GOMES, C.R.B.; VELLASCO JUNIOR, W.T. HIV – recentes avanços na pesquisa de fármacos. **Química Nova**, v. 31, n. 8, p. 2111 – 2117, 2008.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Municipal de DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ano 1-N1. 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Municipal de DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ano 5. 2018a.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede Mãe Curitibana Vale a Vida**. 2018b. Disponível em: <[https://www.fetalmed.net/wp-content/uploads/2018/09/Protocolo\\_Rede\\_M%C3%A3e\\_Curitiba\\_Vale-a-Vida\\_web.pdf](https://www.fetalmed.net/wp-content/uploads/2018/09/Protocolo_Rede_M%C3%A3e_Curitiba_Vale-a-Vida_web.pdf)>. Acesso em 28 set. 2020.

CURITIBA ganha clínica pioneira para diagnóstico e tratamento de homens. **Bem Paraná**, Curitiba, 10 de dezembro de 2018. Disponível em: <<https://www.bemparana.com.br/noticia/curitiba-ganha-clinica-pioneira-para-diagnostico-e-tratamento-de-homens-veja-os-servicos-oferecidos#.Xu4Oi5pKjIU>>. Acesso em: 18 jun. 2020.

DAGLI-HERNANDEZ, C.; LUCCHETTA, R.C.; NADAI, T.R.; et al. Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. **Patient Preference and Adherence**, v. 10, p.1787-1793, 2016.

DE BONI, R.; SHEPHERD, B.E.; GRINSZTEJN, B.; et al. Substance use and adherence among people living with HIV/AIDS receiving cART in Latin America. **AIDS and Behavior**, v. 20, n. 11, p. 2692-2699, 2016.

DEPARTAMENTO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. **Sistemas de informações**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/sistemas-de-informacao>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

DERVIN, B. **An overview of Sense-Making research**: concepts, methods and results to date. In: International Communications Association Annual Meeting. Dallas, 1983. 69 p. Disponível em: <<https://faculty.washington.edu/wpratt/MEBI598/Methods/An%20Overview%20of%20Sense-Making%20Research%201983a.htm>>. Acesso em 05 de jan. de 2018.

DERVIN, B.; NILAN, M. Information needs and uses. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 21, p. 3-33, 1986.

DERVIN, B. Sense-making theory and practice: an overview of user interests in knowledge seeking and use. **Journal of Knowledge Management**, v. 2, n. 2, p. 36-46, 1998.

DIAZ, R.S. Potência e barreira genética dos medicamentos e esquemas antirretrovirais. **The Brazilian Journal of Infected Disease**, v.2, n.3, p.70-81, 2016.

DUNN, K.; LAFEUILLE, M.H.; JIAO, X.; et al. Risk factors, health care resource utilization, and costs associated with nonadherence to antiretrovirals in medicaid-insured patients with HIV. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 24, n. 10, p. 1040-1051, 2018.

ESCOBAR, B.T. **Infográficos de saúde em EAD na UNASUS-UFMA**: um enfoque de gestão de design. 182 f. Dissertação (Mestrado em Design) – Setor de Artes, Comunicação e Design, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

FERREIRA, R.C.S.; RIFFEL, A.; SANT'ANA, A.E.G. HIV: mecanismo de replicação, alvos farmacológicos e inibição por produtos derivados de plantas. **Química Nova**, v. 33, n. 8, p. 1743-1755, 2010.

FLICKINGER, T.E.; SAHA, S.; MOORE, R.D. et al. Higher quality communication and relationships are associated with improved patient engagement in HIV care. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrom**, v. 13, n. 3, p. 362-366, 2013.

GALVÃO, M.T.G.; GOUVEIA, A.S.; FIPUZA, M.L.T.; COSTA, E. Reflexões de portadores de HIV/AIDS acerca da terapia antirretroviral. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, p. 966-972, 2011.

GARVIN, B.J.; HUSTON, G.P.; BAKER, C.F. Information used by nurses to prepare patients for a stressful event. **Applied Nursing Research**, v. 5, n. 4, p. 158-163, 1992.

GONÇALVES, M. Abordagem sense-making na ciência da informação: uma breve contextualização. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas, v. 9, n.2, p. 1-11, 2012.

GRIMES, D.E.; ANDRADE, R.A.; NIEMEYER, C.R.; GRIMES, R.M. Measurement issues in using pharmacy records to calculate adherence to antiretroviral drugs. **HIV Clinical Trials**, v. 14, n. 2, p. 68-74, 2013.



GUTIERREZ, E.B.; SARTORI, A.M.; SCHMIDT, A.L. et al. Measuring adherence to antiretroviral treatment: the role of pharmacy records of drug withdrawals. **AIDS Behavior**, v. 16, p. 1482-1490, 2012.

HELENA, E.T.S.; NEMES, M.I.B.; ELUF NETO, J. Development and validation of a multidimensional questionnaire assessing non-adherence to medicines. **Revista de Saúde Pública**, n. 42, p. 764-767, 2008.

HENEGAR, C.E.; WESTREICH, D.; MASKEW, M.; et al. Comparison of pharmacy-based measures of adherence to antiretroviral therapy as predictors of virologic failure. **AIDS Behavior**, v. 19, n. 4, p. 612-618, 2015.

JACQUES, I.J.A.A.; SANTANA, J.M.; MORAES, D.C.A.; et al. Avaliação da adesão à terapia antiretroviral entre pacientes em atendimento ambulatorial. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 4, p. 303-308, 2014.

KALICHMAN, A.O. **Pauperização e banalização de uma epidemia**. Texto produzido para o Seminário “A epidemiologia social da AIDS”, realizado no Rio de Janeiro de 14 a 16 de março de 1994, pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS e pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Disponível em: <[http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos\\_biblioteca\\_crt/M305.pdf](http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/M305.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2020.

KALICHMAN, S.C.; KALICHMAN, M.O.; CHERRY, C. Forget about forgetting: structural barriers and severe non-adherence to antiretroviral therapy. **AIDS Care**, v. 29, n. 4, p. 418-422, 2017.

KARON, J.M. et al. HIV in the United States at the turn of the century: an epidemic in transition. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 7, p. 1060-1068, 2001.

KOZMA CM, DICKSON M, PHILLIPS AL, MELETICHE DM. Medication possession ratio: implications of using fixed and variable observation periods in assessing adherence with disease-modifying drugs in patients with multiple sclerosis. **Patient Preference and Adherence**, v. 7, p. 509-516, 2013.

LAMAS, M.S.F.; SAKAMOTO, A.R. **Análise das principais metodologias de sensemaking e possíveis aplicações em uma PME de Palmas-TO**. XVIII Jornada de Iniciação Científica do Centro Universitário Luterano de Palmas: Ciências e Humanidades. Palmas, Tocantins. 16 e 17 de outubro de 2018. ISSN 2318-3756.

LENZI, L. **Desenvolvimento e validação de um modelo estatístico preditivo para a adesão a terapia antirretroviral**. 138 f. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

LENZI, L., TONIN, F.S.; SOUZA, V.R.; PONTAROLO, R. Suporte social e HIV: relações entre características clínicas, sociodemográficas e adesão ao tratamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, e34418, 2018.

LIGNANI JÚNIOR, L.; GRECO, D.B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em paciente com infecção pelo HIV/Aids. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 495-501, 2003.

LUIMO, R.A.; BRUIN, M.; BOOGAARD, J.V.D.; et al. Determinants of antiretroviral therapy adherence in northern Tanzania: a comprehensive picture from the patient perspective. **BMC Public Health**, v. 12, p. 716-724, 2012.

LUNA-MIRELES, Y.; DOUBOVA, S.V.; PÉREZ-CUEVAS, R. Quality of health care and viral suppression among human immunodeficiency virus patients. **Revista de Investigación Clínica**, v. 71, p. 330-338, 2019.

MARAGNO, C.A.D.; MENGUE, S.S.; MORAES, C.G. et al. Teste de letramento em saúde em português para adultos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, E190025, 2019.

MARTINEZ, A.M.V. **Modelo de Atenção Farmacêutica no tratamento com antirretrovirais em clínica de DST/AIDS no município de Sorocaba, São Paulo, Brasil**. 85 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2012.

MARTÍNEZ-SILVEIRA, M.; ODDONE, N. Necessidades e comportamento informacional: conceituação e modelos. **Ciência da Informação**, v. 36, n. 1, p. 118-127, 2007.

MBUAGBAW, L.; BONONO-MOMNOUGUI, R.C.; THABANE, L. Considerations in using text messages to improve adherence to highly active antiretroviral therapy: a qualitative study among clients in Yaoundé, Cameroon. **HIV/AIDS – Research and Palliative Care**, v. 4, p. 45-50, 2012.

MCKINNEY, O.; MODESTE, N.N.; LEE, J.W.; et al. Determinants of antiretroviral therapy adherence among women in Southern Malawi: healthcare provider's perspectives. **AIDS Research and Treatment**, research article, p. 1-9, 2014.

MCMAHON, J.H.; JORDAN, M.R.; KELLEY, K.; et al. Pharmacy adherence measures to assess adherence to antiretroviral therapy: review of the literature and implications for treatment monitoring. **Clinical Infectious Diseases**, v. 52, n. 4, p. 493-506, 2011.

MCNABB, J.C. et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy predicts virologic outcome at an inner-city human immunodeficiency virus clinic. **Clinical Infectious Diseases**, v. 33, p. 700-705, 2001.

MCNINCH, J.H. **The Royal Society Scientific Information Conference, London, June 21-July 2, 1948**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC194801/pdf/mlab00244-0060.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MEADOWBROOKE, C.C.; VEINOT, T.C.; LOVELUCK, J. et al. Information behavior and HIV testing intentions among young men at risk for HIV/AIDS. **Journal of the Association for Information Science and Technology**, v. 65, n. 3, p. 609-620, 2014.

MEDEIROS, G.C.R.; SILVA, P.Q.; SILVA, A.S.; LEAL, B.L. Pictogramas na orientação farmacêutica: um estudo de revisão. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 92, n. 3, p. 96-103, 2011.

MENDELSON, J.B. et al. Bounded agency in humanitarian settings: A qualitative study of adherence to antiretroviral therapy among refugees situated in Kenya and Malaysia. **Social Science & Medicine**, v. 120, p. 387-395, 2014.

MILLS, E.J.; NACHEGA, J.B.; BANGSBERG, D.R.; et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. **PLoS Medicine**, v. 3, n. 11, p. 2039-2064, 2006.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. **Plano estadual de assistência farmacêutica básica 2006**. [2006?]. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-284.html>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

MIYADA, S.; GARBIN, A.J.I.; GATTO, R.C.J.; et al. Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at a specialized facility in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 50, n. 5, p. 607 – 612, 2017.

MUNIZ, E.C.S.; GOULART, F.C.; LAZARINI, C.A.; MARIN, M.J.S. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 375-387, 2017.

MURPHY, K.; TRAVERS, P.; WALPORT, M. **Imunobiologia de Janeway**. 7. ed. Tradução de: LAMBERT, A.P.F. et al. Porto Alegre: Artmed, 2010. 899 p.

MUSUMARI, P.M. et al. “If I have nothing to eat, I get angry and push the pills bottle away from me”: a qualitative study of patient determinant of adherence to antiretroviral therapy in the Democratic Republic of Congo. **AIDS Care**, v. 25, n. 10, p. 1271-1277, 2013.

MUTWA, P.R. et al. Living situation affects adherence to combination antiretroviral therapy in HIV-infected adolescents in Rwanda: a qualitative study. **Plos One**, v. 8, n. 4, p. 1-8, 2013.

NEMES, M.I.B.; CARVALHO, H.B.; SOUZA, M.F.M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. **AIDS**, v.18, suppl. 3, p.S15-S20, 2004.

OLUPOT-OLUPOT, P. et al. Adherence to antiretroviral therapy among a conflict-affected population in Northeastern Uganda: a qualitative study. **AIDS (London, England)**, v. 22, n. 14, p. 1882-1884, 2008.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. **Assistência Farmacêutica**. Janeiro de 2008. 36 p.

PASCHOAL, E.P.; SANTO, C.C.E.; GOMES, A.M.T. et al. Adesão à terapia antiretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 32-40, 2014.

PEREIRA, F.C.M. **Comportamento informacional na tomada de decisão:** proposta de modelo integrative. 231 p. Tese (Doutorado em Ciência da Informação), Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

PEREZ-SALGADO, D.; COMPEAN-DARDÓN, S.; STAINES-OROZCO, M.G.; et al. Satisfaction with healthcare services and adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV attending two public institutions. **Revista de Investigación Clínica**, v. 67, p. 80-88, 2015.

PERNO, A.F. et al. Virologic correlates of adherence to antiretroviral medications and therapeutic failure. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 31, p. S118-122, 2002.

PICCOLO, F.D.; KNAUTH, D.R. Uso de drogas e sexualidade em tempos de aids e redução de danos. **Horizontes Antropológicos**, ano 8, n. 17, p. 127-145, 2002.

PINHEIRO, R. **Banalizar a AIDS é banalizar a vida.** Agência de Notícias da AIDS, 27 de fevereiro de 2018. Disponível em: < <https://agenciaaids.com.br/artigo/banalizar-a-aids-e-banalizar-a-vida-rodrigo-pinheiro-e-presidente-do-forum-das-ong-aids-do-estado-de-sao-paulo-e-secretario-politico-da-articulacao/>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

PINTO, A.C.S.; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, N.F.C.; et al. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório detalhado do quadrimestre anterior (RDQA), 1º quadrimestre 2020.** 2020. 82 p.

PRESS, N. et al. Virologic and immunologic response, clinical progression, and highly active antiretroviral therapy adherence. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 31, p. S112-S117, 2002.

R CORE TEAM. **R: A Language and Environment for Statistical Computing.** Tradução. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2017.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/aids.** 10. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda, 2017. 276 p.

RAND, C.S. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. **The American Journal of Cardiology**, v. 72, p. 68-74D, 1993.

REMIEN, R.H.; BASTOS, F.I.; TERTO JR, V.; et al. Adherence to antiretroviral therapy in a context of universal access, in Rio de Janeiro, Brazil. **AIDS Care**, v. 19, n.6, p. 740-748, 2007.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 685-694, 2007.

REMOR, E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). **Patient**, v. 6, p. 61-73, 2013.

REMOR, E. **Guía para el usuario del cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral em personas com infección por VIH y Sida (CEAT-VIH-17)**. Versión 1.0. Español, 2016.

REZENDE, C.G.; MOLINO, C.; CAVALCANTI, R. et al. Impacto of pharmacist interventions on drug-related problems and laboratory markers in outpatients with human immunodeficiency vírus infection. **Therapeutic and Clinical Risk Management**, v. 10, p. 631-639, 2014.

ROZADOS, H.B.F. A ciência da informação em sua aproximação com as ciências cognitivas. **Em Questão**, v. 9, n. 1, p. 79-94, 2003.

SABERI, P. et al. The impact of HIV clinical pharmacists on HIV treatment outcomes: a systematic review. **Patient Preference and Adherence**, v. 6, p. 297-322, 2012.

SAMPAIO, L.F.; SILVA, L.M.L.; VELHO, G.C.C.; et al. Pictogramas como linguagem para compreensão da prescrição medicamentosa. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 89, n. 2, p. 150-154, 2008.

SANKAR, A.; GOLIN, C.; SIMONI, J.M.; et al. How qualitative methods contribute to understanding combination antiretroviral therapy adherence. **Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrom**, v. 43, supl 1, S54-S68, 2006.

SCHATZ, E.; SEELEY, J.; NEGIN, J.; et al. "For us here, we remind ourselves": strategies and barriers to ART access and adherence among older Ugandans. **BMC Public Health**, v. 19, p. 131-143, 2019.

SCHEFFER, M. (Coord.). **Demografia médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015. 284 p. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2020.

SERAFIN, C.; CORREIA JÚNIOR, D.; VARGAS, M. **Perfil do farmacêutico no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 44p. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil%20do%20farmac%C3%AAAutico%20no%20Brasil%20\\_web.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil%20do%20farmac%C3%AAAutico%20no%20Brasil%20_web.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2020.

SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO (SPC). **70% dos brasileiros não possuem plano de saúde particular, mostram SPC Brasil e CNDL**. Disponível em: <<https://www.spcbrasil.org.br/pesquisas/pesquisa/4210>>. Acesso em: 18 jun. 2020.

SHET, A.; KUMARASAMY, N.; POONGULALI, S.; et al. Longitudinal analysis of adherence to first-line antiretroviral therapy: evidence of treatment sustainability from an Indian HIV cohort. **Current HIV Research**, v. 14, p.71-79, 2016.

SHUBBER, Z.; MILLS, E.J.; NACHEGA, J.B.; et al. Patient-Reported barriers to adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Medicine**, v. 13, n. 11, e1002183, 2016.

SILVA, J.A.G.; DOURADO, I.; BRITO, A.M.; SILVA, C.A.L. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses de terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p.1188-1198, 2015.

SILVA, C.H. **Framework conceitual sobre o uso de múltiplos medicamentos por idosos autônomos com elementos visuais de ajuda**. 211 f. Tese (Doutorado em Design), Universidade Federal do Paraná, 2017a.

SILVA, A.C. Resenha do livro: Aprendizagem multimídia. **Revista Ensaio**, v.19, e2757, 2017b.

SILVA, A.L.C.N.; WAIDMAN, M.A.P.; MARCON, S.S. Adesão e não adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 213-220, 2009.

SILVA, A.L.; RIBEIRO, A.Q.; KLEIN, C.H.; ACURCIO, F.A. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1033-1045, 2012.

SIMIONATO, M. A. W.; MARCON, S.S. A construção de sentidos no cotidiano de universitários com deficiência: as dimensões da rede social e do cuidado mental. **Psicologia para América Latina**, n. 7, 2006.

SIMONI, J.M.; KURTH, A.E.; PEARSON, C.R.; et al. Self-Report Measures of Antiretroviral Therapy Adherence: A Review with Recommendations for HIV Research and Clinical Management. **AIDS Behavior**, v. 10, p. 227-245, 2006.

SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS (SICLOM). Módulo Gerencial. Disponível em: <<http://azt.aids.gov.br/>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

SMYTHE, K.C.A.S. **Inclusão do usuário na fase inicial do processo de design para sistemas de wayfinding aplicados a ambientes hospitalares já construídos**. 183 f. Dissertação (Mestrado em Design) – Setor de Artes, Comunicação e Design, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

SMYTHE, K.C.A.S.; SPINILLO, C.G. As variáveis intervenientes no comportamento informacional durante o wayfinding em hospitais: implicações no design de sistemas de informação. **Revista Brasileira de Design da Informação**, v. 15, n. 1, p. 87-110, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI). **Resistência do HIV aos anti-retrovirais**: utilidade do teste na clínica atual. Tratamento Hoje, Boletim Terapêutico de HIV/Aids, DTS e Hepatites Virais, ano I, n. 3, set. 2003. Disponível em: <



[https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/137/2016/07/tratamento\\_hoje\\_03.pdf](https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/137/2016/07/tratamento_hoje_03.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2020.

SOUZA, T.T.; SILVA, W.B.; MESQUITA, A.R. **Curso on line: prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados**. Módulo 2, unidade 2, habilidades de comunicação do farmacêutico. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 30 p.

STEINER, J.F.; PROCHAZKA, A.V. The assessment of refill compliance using pharmacy records: methods, validity and applications. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 50, n. 1, p. 105-116, 1997.

STONBRAKER, S.; BEFUS, M.; NADAL, L.L., et al. Factors associated with health information seeking, processing and use among HIV positive adults in the Dominican Republic. **AIDS Behavior**, v. 21, n. 6, p. 1588-1600, 2017.

SULLIVAN, O.S.; CAMPSMITH, M.L.; NAKAMURA, G.V.; et al. Patient and regimen characteristics associated with self-reported nonadherence to antiretroviral therapy. **PLoS One**, v. 6, e552, 2007.

SWEENEY, S.M.; VANABLE, P.A. The association of HIV-related stigma to HIV medication adherence: a systematic review and synthesis of the literature. **AIDS and Behavior**, v. 20, p.29-50, 2016.

TABOSA, H.R.; PINTO, V.B. Caracterização do comportamento de busca e uso da informação na área da saúde: o modelo de Ellis aplicado ao estudo do comportamento informacional de pacientes. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 26, n. 2, p. 255-238, 2016.

TAVARES, N.U.L.; BERTOLDI, A.D.; THUMÉ, E.; et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

TAVARES, N.U.L.; BERTOLDI, A.D.; MENGUE, S.S.; et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, p. 1s-11s, 2016.

TEIXEIRA, J.A.C. Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde – utentes. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.22, n.3, p. 615-620, 2004.

TEIXEIRA, J.; PACHECO, G.S.; TORETI, I.R. Evaluación del uso de pictogramas como ayuda a la adherencia al tratamiento farmacológico. **Pharmacy Practice**, v. 1, n. 3, p. 127-135, 2003.

TSEGA, B.; SRIKANTH, B.A; SHEWAMENE, Z. Determinants of non-adherence to antiretroviral therapy in adult hospitalized patients, Northwest Ethiopia. **Patient Preference and Adherence**, v. 9, p. 373-380, 2015.

UNAIDS. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. 2015. Disponível em: <[https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015\\_11\\_20\\_UNAIDS\\_TRATAMENTO\\_META\\_PT\\_v4\\_GB.pdf](https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf)>. Acesso em: 08 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. **Indetectável = Intransmissível: saúde pública e supressão da carga viral do HIV**. Nota Explicativa, 2018. Disponível em: <[https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Indetect%C3%A1vel-intransmiss%C3%ADvel\\_pt2.pdf](https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Indetect%C3%A1vel-intransmiss%C3%ADvel_pt2.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. **UNAIDS data 2019**. 2019a. Disponível em: <[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2019-UNAIDS-data\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf)>. Acesso em: 03 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. **Global aids update 2019**. 2019b. Disponível em: <[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2019-global-AIDS-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2020.

WACHIRA, J.; MIDDLESTADT, S.; REECE, M.; et al. Physician communication behaviors from the perspective of adult HIV patients in Kenya. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. 2, p. 190-197, 2014.

WASTI, S.P. et al. Barriers to a facilitators of antiretroviral therapy adherence in Nepal: a qualitative study. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 30, n. 4, p. 410-419, 2012.

WEIJTS, W.; WIDDERSHOVEN, G.; KOK, G.; TOMLOW, P. Patient's information-seeking actions and physician's responses in gynecological consultations. **Qualitative Health Research**, v. 3, p. 398-429, 1993.

WILLIAMS, W.O.; GRIFFIN, T.; UHL, G. Anti-retroviral status and HIV transmission risk behaviors are associated with age, time since diagnosis, na psychosocial factors among women living with HIV/AIDS enrolling in the WILLOW intervention at community-based organizations. **AIDS Behavior**, v. 22, p.358-366, 2018.

WILSON, T.D. Information behavior: an interdisciplinary perspective. **Information Processing & Management**, v. 33, n. 4, p. 551-572, 1997.

WILSON, T.D. Models in information behavior research. **Journal of Documentation**, v. 55, n. 3, p. 249-269, 1999.

WILSON, T.D. Human Information Behavior. **Informing Science**, v. 3, n. 2, p. 49-55, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003. Disponível em: <[https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)>. Acesso em: 30 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **HIV drug resistance report 2017**. Geneva, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255896/9789241512831-eng.pdf;jsessionid=640FF4A3D6883F0D038318108B5A3CB8?sequence=1>>. Acesso em: 05 jul. 2020.



\_\_\_\_\_. **Medication safety in polypharmacy.** Geneva, 2019. 63 p. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

YANG, H.J.; BANG, J.H. Factors associated with medication adherence in patients with human immunodeficiency virus in South Korea. **AIDS Care**, v. 29, n. 10, p. 1315-1319, 2017.

## APÊNDICE 1 – PROTOCOLO DE ENTREVISTA INICIAL

<b>Data da entrevista</b>	
<b>Número de identificação do usuário</b>	
<b>Nome do usuário (<i>nome do cadastro</i>)</b>	
<b>Data de nascimento</b>	

**Informações sócio demográficas e econômicas**

<b>Gênero</b>	( <input type="checkbox"/> ) Feminino    ( <input type="checkbox"/> ) Masculino    ( <input type="checkbox"/> ) Outro
<b>Etnia</b>	( <input type="checkbox"/> ) Branco    ( <input type="checkbox"/> ) Negro    ( <input type="checkbox"/> ) Pardo    ( <input type="checkbox"/> ) Amarelo
<b>Idade</b>	
<b>Município de residência</b>	( <input type="checkbox"/> ) Curitiba Bairro _____ ( <input type="checkbox"/> ) Região Metropolitana de Curitiba Município: _____
<b>Estado civil</b>	( <input type="checkbox"/> ) solteiro    ( <input type="checkbox"/> ) casado/ união consensual ( <input type="checkbox"/> ) separado    ( <input type="checkbox"/> ) viúvo
<b>Com quem mora?</b>	( <input type="checkbox"/> ) sozinho    ( <input type="checkbox"/> ) somente com parceiro(a) ( <input type="checkbox"/> ) família    ( <input type="checkbox"/> ) amigos    ( <input type="checkbox"/> ) outro _____
<b>Quantos filhos(as) tem?</b>	
<b>Grau de escolaridade</b>	( <input type="checkbox"/> ) analfabeto ( <input type="checkbox"/> ) ensino fundamental incompleto (1ª a 9ª série) ( <input type="checkbox"/> ) ensino fundamental completo (1ª a 9ª série) ( <input type="checkbox"/> ) ensino médio incompleto ( <input type="checkbox"/> ) ensino médio completo ( <input type="checkbox"/> ) ensino superior incompleto ( <input type="checkbox"/> ) ensino superior completo ( <input type="checkbox"/> ) pós-graduação
<b>Situação de trabalho</b>	( <input type="checkbox"/> ) estudante ( <input type="checkbox"/> ) servidor(a) público(a) ( <input type="checkbox"/> ) autônomo(a) ( <input type="checkbox"/> ) registrado(a) em carteira ( <input type="checkbox"/> ) dona de casa ( <input type="checkbox"/> ) desempregado(a) ( <input type="checkbox"/> ) aposentado(a)
<b>Possui renda mensal atualmente?</b>	( <input type="checkbox"/> ) sim ( <input type="checkbox"/> ) não
<b>Qual o valor do último rendimento familiar mensal?</b>	R\$ _____
<b>Religião</b>	( <input type="checkbox"/> ) católica    ( <input type="checkbox"/> ) evangélica    ( <input type="checkbox"/> ) espírita ( <input type="checkbox"/> ) não possui    ( <input type="checkbox"/> ) outra _____
<b>Orientação sexual</b>	( <input type="checkbox"/> ) heterossexual    ( <input type="checkbox"/> ) homossexual    ( <input type="checkbox"/> ) bissexual ( <input type="checkbox"/> ) outro _____    ( <input type="checkbox"/> ) não sei    ( <input type="checkbox"/> ) não quero declarar
<b>Atualmente possui parceiro(a)?</b>	( <input type="checkbox"/> ) sim, somente um ( <input type="checkbox"/> ) sim, mais de um ( <input type="checkbox"/> ) não
<b>O(a) parceiro(a) sabe do diagnóstico positivo?</b>	( <input type="checkbox"/> ) sim ( <input type="checkbox"/> ) não

Informações de Saúde		
	<b>Como adquiriu HIV?</b>	<input type="checkbox"/> Compartilhamento de agulhas/seringas <input type="checkbox"/> Relação sexual <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Transmissão Vertical <input type="checkbox"/> Acidente com perfuro cortante <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Não quer declarar <input type="checkbox"/> Outro: _____
	<b>Há quanto tempo está tomando os medicamentos para HIV?</b>	
	<b>Você sente que recebe apoio da família/amigos para enfrentar as dificuldades e tomar os medicamentos?</b>	<input type="checkbox"/> sempre   frequentemente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> pouco   nunca
	<b>Esta tratando atualmente alguma outra doença?</b>	<input type="checkbox"/> sim   qual? _____ <input type="checkbox"/> não
	<b>Utiliza outros medicamentos além desses para HIV/AIDS?</b>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	<b>Faz acompanhamento do HIV/aids em médico particular ou da rede pública?</b>	<input type="checkbox"/> particular <input type="checkbox"/> público
	<b>Possui plano de saúde?</b>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

## APÊNDICE 2 – PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS PARA USUÁRIOS DE TARV

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

1. Das situações descritas abaixo, quais você se recorda que já sentiu ou viveu desde que começou a tomar os medicamentos ARV? [LACUNA]

### Grupo 1 | Efeitos Fisiológicos

- 1.1 ( ) teve receio dos efeitos colaterais
- 1.2 ( ) teve receio de que o medicamento pudesse trazer alguma toxicidade ou problema se você tomasse junto com o uso de álcool ou alguma droga
- 1.3 ( ) teve receio de que os medicamentos fossem tóxicos

### Grupo 2 | Administração dos ARV

- 2.1 ( ) teve dificuldade de tomar os comprimidos por causa do tamanho ou da quantidade
- 2.2 ( ) achou que seu tratamento estava muito complexo, com muitas orientações para serem seguidas
- 2.3 ( ) achou que o gosto do medicamento era ruim
- 2.4 ( ) teve dificuldade para tomar os medicamentos junto com outros para outras doenças

### Grupo 3 | Organização da rotina e estilo de vida

- 3.1 ( ) esqueceu de tomar algum dia o medicamento
- 3.2 ( ) alguma vez acabou o medicamento em casa e você ficou sem tomar
- 3.3 ( ) alguma vez você não foi buscar o medicamento por falta de tempo
- 3.4 ( ) alguma vez faltou na consulta com o médico que te prescreve os medicamentos
- 3.5 ( ) sentiu dificuldade de tomar o medicamento porque o horário era ruim ou incompatível com sua rotina diária
- 3.6 ( ) quando o medicamento mudou teve dificuldade para mudar novamente sua rotina
- 3.7 ( ) sentiu dificuldade de carregar o medicamento ou tomar porque ele devia ser conservado em geladeira ou não podia ficar exposto ao sol e calor

### Grupo 4 | Percepção ou compreensão sobre a doença e o tratamento

- 4.1 ( ) deixou de tomar o medicamento porque sentiu-se bem de saúde
- 4.2 ( ) deixou de tomar o medicamento porque a saúde piorou
- 4.3 ( ) alguma vez você não entendeu ou entendeu errado uma informação sobre o tratamento
- 4.4 ( ) sentiu-se constrangido ou envergonhado de tomar os medicamentos perto de outras pessoas
- 4.5 ( ) acreditou que os medicamentos para HIV fossem prejudiciais para sua saúde

**4.6** ( ) teve medo dos efeitos a longo prazo na sua saúde por causa do uso prolongado dos medicamentos

**4.7** ( ) sentiu desejo de seguir um tratamento mais natural, deixando de tomar os medicamentos

**4.8** ( ) sentiu que sabia pouco sobre o HIV e o tratamento

2. Para cada uma dessas situações que você disse que já passou ou viveu, vou perguntar como você lembra que resolveu ou tentou resolver [SAÍDA]

3. Para resolver ou tentar resolver essas questões, o que você pensou, quem você procurou, onde você buscou ajuda? [PONTE]

### APÊNDICE 3 – PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

1. Durante um atendimento, com que frequência os pacientes relatam ou você percebe neles as situações descritas abaixo? [LACUNA]

#### Grupo 1 | Efeitos Fisiológicos

##### 1.1 receio dos efeitos colaterais

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Às vezes    ☐ Quase Nunca    ☐ Nunca

##### 1.2 receio de que o medicamento possa ser tóxico ou cause problemas se tomado junto com álcool ou drogas

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Às vezes    ☐ Quase Nunca    ☐ Nunca

#### Grupo 2 | Administração dos ARV

##### 2.1 dificuldade de tomar os comprimidos por causa do tamanho ou da quantidade

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Às vezes    ☐ Quase Nunca    ☐ Nunca

##### 2.2 complexidade do tratamento, com muitas orientações para serem seguidas

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Às vezes    ☐ Quase Nunca    ☐ Nunca

##### 2.3 gosto desagradável do medicamento

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Às vezes    ☐ Quase Nunca    ☐ Nunca

##### 2.4 dificuldade para tomar os medicamentos junto com outros para outras doenças

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Às vezes    ☐ Quase Nunca    ☐ Nunca

#### Grupo 3 | Organização da rotina e estilo de vida

##### 3.1 esquecimento de tomar o medicamento

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Às vezes    ☐ Quase Nunca    ☐ Nunca

**3.2** deixou de tomar porque o medicamento acabou em casa

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**3.3** não retirou os medicamentos por falta de tempo

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**3.4** faltou na consulta médica para obtenção da prescrição dos ARV

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**3.5** dificuldade de tomar o medicamento porque o horário era ruim ou incompatível com a rotina diária

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**3.6** dificuldade de mudar novamente a rotina após mudança de terapia

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**3.7** dificuldade de carregar o medicamento ou tomar porque devia ser conservado em geladeira

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

#### **Grupo 4 | Percepção ou compreensão sobre a doença e o tratamento**

**4.1** deixou de tomar o medicamento porque sentia-se bem de saúde

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**4.2** deixou de tomar o medicamento porque a saúde piorou

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**4.3** não compreensão ou entendimento errado de alguma informação sobre o tratamento

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**4.4** medo de que os medicamentos sejam tóxicos

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**4.5** constrangimento ou vergonha de tomar os medicamentos perto de outras pessoas

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**4.6** crença de que os medicamentos para HIV possam ser prejudiciais para saúde

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**4.7** medo dos efeitos a longo prazo pelo uso prolongado dos medicamentos

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**4.8** desejo de seguir um tratamento mais natural, deixando de tomar os medicamentos

☐ Sempre   ☐ Quase sempre   ☐ Às vezes   ☐ Quase Nunca   ☐ Nunca

**4.9** percepção de que sabia pouco sobre o HIV e o tratamento

☐ Sempre    ☐ Quase sempre    ☐ Às vezes    ☐ Quase Nunca    ☐ Nunca

2. Para cada uma dessas situações que você disse que os pacientes relatam, independentemente da frequência, vou perguntar como você tentou ajudá-los a resolver [SAÍDA]

3. Para ajudá-los a resolver essas questões, o que você pensou, quem você procurou, onde você buscou informação? [PONTE]



## APÊNDICE 4 – INTERPRETAÇÃO DAS ENTREVISTAS NO CONTEXTO DOS ELEMENTOS DA METÁFORA DE DERVIN

USUÁRIO QL002			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais	[a] troca de informações com o médico; [b] informações que indicam manifestação de poucos efeitos colaterais para terapias mais modernas.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] experiência pessoal de que não se deve associar medicamentos com álcool; [b] troca de informações com o médico; [c] informações de que o uso concomitante do álcool com ARV deve ser evitado, mas não é motivo para interrupção do tratamento.	<b>RP</b> [a,b,c] uso de álcool socialmente.
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] consciência da importância do tratamento; [b] necessidade de cuidar da família.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento.
	complexidade do tratamento	[a] troca de informações com o médico; [b] consciência da importância do tratamento.; [c] compreensão dos problemas causados pela interrupção da terapia.	<b>R</b> [a,b,c] continuação do tratamento.
	palatabilidade desagradável do medicamento	[a] troca de informações com o médico; [b] experiência pessoal com outros medicamentos.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento. [a,b] administração do medicamento junto com alimentação. [a] troca da terapia.
	dificuldade de tomar os ARV junto com outros medicamentos  <i>presença de sintomas indesejáveis quando o ARV era administrado no mesmo horário de outros medicamentos.</i>	[a] percepção de que deveria mudar o horário prescrito de administração do ARV; [b] aprovação do médico para mudança de horário da medicação.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento. [a,b] separação do horário de tomada dos ARV e dos demais medicamentos.
	falta de tempo para buscar os medicamentos	[a] percepção da falta do medicamento.	<b>NR</b> [a] retirada dos medicamentos após a reorganização da rotina.
	constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas  <i>- receio de que descobrissem sobre a doença</i>	[a] desconforto por causar sofrimento à família.	<b>RP</b> [a] administração do medicamento em horário diferente do usual. <b>R</b> [a] administração dos medicamentos em outro ambiente

esquecimento de dose  <i>mudanças na rotina</i>	[a] percepção do esquecimento.	<b>RP</b> [a] administração da dose esquecida no momento da percepção do esquecimento, mesmo que seja no dia seguinte. <b>R</b> [a] correlação do horário do medicamento com alguma atividade de rotina doméstica.
falta do medicamento em casa  <i>falta de formulário/prescrição</i>	[a] percepção da falta do medicamento.	<b>NR</b> [a] obtenção de formulário/prescrição <sup>(1)</sup> . [a] retirada dos medicamentos. <b>R</b> [a] retirada dos medicamentos alguns dias antes de acabarem os comprimidos.
falta à consulta médica	[a] percepção do esquecimento da consulta; [b] busca de auxílio de profissional da saúde.	<b>NR</b> [a,b] remarcação da consulta.
horário dos medicamentos incompatível com a rotina	[a] dificuldade de tomar os medicamentos no horário correto quando está fora de casa; [b] necessidade de readaptação da rotina.	<b>R</b> [a,b] uso de porta comprimidos ou frascos menores para o transporte de algumas doses.
interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde  <i>- presença de carga viral indetectável</i> <i>- tentativa de ficar sem o ARV</i>	[a] troca de informações com o médico; [a] desejo de estar saudável; [a] exames laboratoriais indicando volta do vírus circulante.	<b>RP</b> [a,b,c] retomada do tratamento.
medo dos efeitos a longo prazo  <i>- receio dos efeitos colaterais</i>	[a] experiência pessoal de redução dos efeitos colaterais ao longo do tempo; [b] troca de informações com o médico.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento. [b] troca de terapia.
pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento  <i>- em início de tratamento</i>	[a] troca de informações com o médico; [b] informações obtidas de materiais gráficos e televisão.	<b>R</b> [a] continuação do tratamento.

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL003			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais	[a] busca de informações na bula; [b] troca de informações com o médico e com profissional de saúde que dispensa os ARV; [c] consciência da importância do tratamento; [d] não manifestação de efeitos colaterais que se esperava que tivesse.	<b>R</b> [a,b,c,d] continuação do tratamento.
	receio da interação / toxicidade do ARV com álcool	[a] experiência pessoal de que não se deve associar medicamentos com álcool; [b] troca de informações com o médico e com outras pessoas com HIV. [c] informações de que o uso concomitante de álcool e ARV deve ser evitado, mas não é motivo para interrupção do tratamento.	<b>R</b> [a] suspensão do uso do álcool no início do tratamento. <b>RP</b> [b,c] uso de álcool socialmente.
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] consciência da importância do tratamento. [b] troca de informações com o médico;	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento. [a,b] troca de terapia. [a] administração do medicamento com bastante líquido.
	esquecimento de doses	[a] percepção do esquecimento; [b] troca de informações com o médico.	<b>NR</b> [a,b] não administração da dose esquecida, quando a percepção do esquecimento ocorre no dia posterior. <b>RP</b> [a] administração da dose esquecida em outro horário, quando a percepção do esquecimento ocorre no mesmo dia. <b>R</b> [a] correlação do horário do medicamento com alguma atividade de rotina doméstica [a] uso de porta comprimidos.
	falta à consulta médica	[a] percepção do esquecimento da consulta.	<b>NR</b> [a] remarcação de consulta.
	dificuldade de transportar ARV conservado em geladeira	[a] troca de informações com o médico; [b] consciência da importância do tratamento.	<b>R</b> [b] adequação do horário da medicação. [a,b] troca de terapia.

<p>constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas</p> <p><i>- receio de ter que dar explicações sobre o medicamento</i></p>	<p>[a] percepção de que não necessita dar explicações.</p>	<p><b>R</b></p> <p>[a] administração do medicamento mesmo perto de outras pessoas.</p>
<p>desejo de seguir um tratamento natural</p> <p><i>receio dos efeitos colaterais do tratamento convencional</i></p>	<p>[a] pesquisa pessoal sobre plantas que pudessem curar a doença, sem conclusões favoráveis;</p> <p>[b] informações que indicam manifestação de poucos efeitos colaterais para terapias convencionais mais modernas.</p>	<p><b>R</b></p> <p>[a,b] continuação do tratamento convencional.</p>

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL004			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais  <i>receio de:</i> - tontura - náusea	[a] troca de informações com outras pessoas com HIV e com profissional de saúde da UDM; [b] busca de informações em materiais informativos; [c] não manifestação de efeitos colaterais que se esperava que tivesse.	[a,b,c] continuação do tratamento.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] troca de informações com o médico e outros profissionais de saúde; [b] busca de informações em materiais informativos.	<b>NR</b> [a,b] informações não esclarecedoras. <b>RP</b> [a,b] uso de álcool socialmente.
	palatabilidade desagradável dos comprimidos	[a] experiência pessoal com o uso de outros medicamentos; [b] troca de informações com o médico.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento. [a,b] administração do medicamento junto ou após alimentação. [a] higiene bucal após a administração da medicação.
	esquecimento de doses	[a] percepção do esquecimento.	<b>RP</b> [a] administração da dose esquecida em outro horário quando a percepção do esquecimento ocorre no mesmo dia. <b>R</b> [a] uso de alarme no celular; [a] uso de porta comprimidos.
	não entendimento ou compreensão incorreta de alguma informação  <i>associação dos ARV com álcool</i>	[a] troca de informações com o médico; [b] troca de informações com amigos; [c] experiência hostil na relação com o médico.	<b>NR</b> [a,b,c] informações não esclarecedoras.
	constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas  - <i>receio de ter que dar explicações sobre o medicamento.</i>	[a] consciência da importância do tratamento; [b] sentimento de invasão de privacidade.	<b>R</b> [a,b] administração do medicamento mesmo perto de outras pessoas. [a,b] uso de porta comprimidos.  <b>RP</b> [a,b] administração do medicamento em horário diferente do usual.
	medo dos efeitos a longo prazo  - <i>receio de efeitos colaterais</i>	[a] consciência de que os medicamentos são compostos químicos que podem trazer danos a longo prazo.	<b>R</b> [a] continuação do tratamento.
	pouco conhecimento sobre o HIV e a doença	[a] percepção de que desconhece muita informação.	<b>RP</b> [a] necessidade constante de informação.

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL005			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais  <i>manifestação de:</i> - <i>problema hepático</i> - <i>problema dermatológico</i> - <i>náusea</i> - <i>distensão abdominal</i>	[a] busca de informações na bula; [b] troca de informações com o médico; [c] manifestação de efeitos colaterais limitantes	<b>R</b> [a,b,c] troca de terapia [b,c] mudança no horário de administração do ARV.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] troca de informações com o médico; [b] informações de que o uso concomitante do álcool com ARV deve ser evitado, mas não é motivo para interrupção do tratamento.	<b>RP</b> [a,b] uso de álcool socialmente.
	esquecimento de doses	[a] percepção do esquecimento.	<b>RP</b> [a] administração da dose esquecida em outro horário quando a percepção do esquecimento ocorre no mesmo dia.  <b>R</b> [a] correlação do horário do medicamento com alguma atividade de rotina doméstica [a] uso de porta comprimidos.
	receio da toxicidade dos ARV	[a] troca de informações com o médico; [b] percepção de que todos estão sujeitos à morte, independente da presença do vírus; [c] consciência da importância do tratamento; [d] informações de que a toxicidade dos ARV é baixa.	<b>R</b> [a,b,c,d] continuação do tratamento. [a,b,c,d] alimentação saudável para prevenir outras doenças e efeitos adversos dos ARV.
	receio dos efeitos a longo prazo	[a] troca de informações com o médico; [b] percepção de que todos estão sujeitos à morte, independente da presença do vírus; [c] consciência da importância do tratamento.	<b>R</b> [a,b,c] continuação do tratamento. [a,b,c] alimentação saudável para prevenir outras doenças e efeitos adversos dos ARV.

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL006			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais	[a] manifestação de efeito colateral; [b] troca de informações com o médico; [c] busca de informações na internet; [d] informação de que a lipodistrofia, se ocorrer, surge após muitos anos de tratamento; [e] informação de que um dos ARV poderia causar icterícia; [f] vaidade.	<b>R</b> [a,b,c,d,e,f] continuidade do tratamento; [a] uso de medicamento para combater o efeito colateral; [a] organização da rotina para evitar constrangimentos provocados pelo efeito colateral; [c] suspensão da busca por informações na internet por gerarem preocupação excessiva. [b,e,f] troca de terapia.
	<i>manifestação de diarreia</i>		
	<i>receio de:</i> <i>- icterícia</i> <i>- lipodistrofia</i>		
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] troca de informações com o médico. [b] experiência pessoal com a administração de outros medicamentos.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento; [a,b] administração de um comprimido de cada vez, lentamente, com bastante líquido; [a,b] alimentação antes de tomar o medicamento.
	complexidade do tratamento	[a] consciência da importância do tratamento; [b] menor complexidade de terapias mais modernas.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento. [a,b] adaptação da rotina para uso diário do medicamento.
	esquecimento de doses	[a] percepção do esquecimento.	<b>RP</b> [a] administração da dose esquecida em outro horário quando a percepção do esquecimento ocorre no mesmo dia. <b>R</b> [a] correlação do horário do medicamento com alguma atividade de rotina doméstica.
	falta do medicamento em casa	[a] percepção da falta do medicamento.	<b>NR</b> [a] retirada do medicamento.
	horário dos medicamentos incompatível com a rotina	[a] dificuldade de tomar os medicamentos no horário correto quando está fora de casa.	<b>R</b> [a] uso de porta comprimidos ou frasco menor para transporte de algumas doses.
	constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas  <i>- receio de ter que dar explicações sobre o medicamento</i>	[a] consciência de que muitas pessoas usam medicamentos de uso contínuo.	<b>R</b> [a] administração do medicamento mesmo perto de outras pessoas; [a] uso de porta comprimidos.

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL007			
CONTEXTO	LACUNA	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	esquecimento de doses	[a] percepção do esquecimento.	<b>RP</b> [a] administração da dose esquecida e outro horário quando a percepção do esquecimento ocorre no mesmo dia.  <b>R</b> [a] uso de alarme no celular; [a] correlação do horário do medicamento com alguma atividade da rotina doméstica.
	receio da toxicidade dos ARV	[a] busca de informações na bula; [b] busca de informações na internet; [c] avaliação do risco / benefício.	<b>R</b> [a,b,c] continuação do tratamento.
	receio de que os medicamentos sejam prejudiciais à saúde	[a] consciência da importância do tratamento.	<b>R</b> [a] continuação do tratamento.
	receio dos efeitos a longo prazo	[a] falta de informação sobre os efeitos a longo prazo; [b] consciência da importância do tratamento.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento.
	pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento  <i>- receio de novos relacionamentos afetivos</i>	[a] busca de informações na internet.	<b>NR</b> [a] recusa de novos relacionamentos afetivos.  <b>R</b> [a] continuação do tratamento.

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu



USUÁRIO QL008			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] troca de informação com o médico; [b] informações de que o álcool não diminui a efetividade do ARV.	<b>RP</b> [a,b] uso de álcool socialmente.
	esquecimento de doses	[a] percepção do esquecimento.	<b>RP</b> [a] administração da dose esquecida em outro horário quando a percepção do esquecimento ocorre no mesmo dia.  [a] administração da dose esquecida no momento da percepção do esquecimento, mesmo que seja no dia seguinte.  <b>R</b> [a] uso de alarme no celular.
	constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas  <i>- receio de ter que dar explicações sobre o medicamento</i>	[a] percepção de que não necessita dar explicações.	<b>R</b> [a] administração do medicamento em outro ambiente.
	pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento  <i>crença de que não tem o vírus</i>	[a] experiência pessoal de não transmitir o vírus para o parceiro após relação sexual sem proteção.	<b>NR</b> [a] incerteza se tem de fato o vírus.  <b>R</b> [a] continuação do tratamento.

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL009			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais	[a] manifestação de efeito colateral; [b] troca de informações com o médico; [c] realização periódica de exames.	<b>R</b> [a,b,c] continuação do tratamento; [b,c] troca de terapia.
	<i>manifestação de problemas renais</i>		
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] troca de informações com o médico.	<b>RP</b> [a] fracionamento do comprimido.  <b>R</b> [a] continuação do tratamento.
	palatabilidade desagradável dos comprimidos	[a] troca de informações com o médico.	<b>R</b> [a] continuação do tratamento. [a] administração do medicamento junto com alimentos ou líquidos saborizados.
	falta do medicamento em casa  - <i>falta de tempo para retirar</i> - <i>feriados</i>	[a] percepção da falta do medicamento; [b] informação obtida com profissional que dispensa os ARV de que a falta de até duas doses não prejudica o tratamento; [c] informação obtida com médicos de que os fármacos demoram alguns dias para serem totalmente eliminados.	<b>NR</b> [a,b,c] retirada do medicamento.
	dificuldade de transportar ARV conservado em geladeira	[a] experiência pessoal pela aparência alterada do comprimido ocasionada pela ausência de refrigeração.	<b>RP</b> [a] uso de porta comprimidos para transporte; [a] administração do comprimido mesmo com alterações.
	pouco conhecimento sobre o HIV e a doença	[a] troca de informações com o médico; [b] percepção de que não há como ter conhecimento absoluto da doença.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento.

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL010			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais  <i>manifestação de náusea</i>  <i>receio de:</i> - <i>lipodistrofia</i> - <i>problemas hepáticos</i> - <i>perda muscular</i>	[a] vaidade [b] troca de informações com o médico; [c] manifestação de efeito colateral de pouca relevância (náusea); [d] experiência pessoal com o uso de alguns medicamentos para tratar efeitos indesejáveis; [e] busca de informações na internet; [f] preocupação causada por algumas informações.	<b>R</b> [a,b,c,d,e,f] continuação do tratamento; [a] prática de exercícios físicos; [a] acompanhamento nutricional para alimentação saudável; [a] uso de suplementos alimentares; [b] uso de suplementos vitamínicos; [c,d] uso de medicamento para combater os efeitos colaterais [e,f] suspensão da busca por informações na internet.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] experiência pessoal de que não se deve associar medicamentos com álcool; [b] troca de informações com o médico; [c] informações de que o uso concomitante de álcool com ARV deve ser evitado, mas não é motivo para interrupção do tratamento.	<b>RP</b> [a,b,c] uso de álcool socialmente.
	esquecimento de doses  <i>provocadas por mudanças na rotina (1)</i>	[a] percepção do esquecimento; [b] preocupação em tomar uma dose próxima da outra.	<b>NR</b> [a,b] não administração da dose esquecida quando a percepção do esquecimento ocorre em horário perto da próxima dose.  <b>R</b> [a,b] correlação do horário do medicamento com alguma atividade de rotina doméstica; [a,b] uso de porta comprimidos.
	receio de que os medicamentos sejam prejudiciais à saúde - <i>efeitos colaterais</i>	[a] busca de informações na internet; [b] consciência da importância do tratamento.	<b>R</b> [b] continuação do tratamento; [b] prática de exercícios físicos e acompanhamento nutricional para alimentação saudável [b] uso de suplementos alimentares como forma de prevenir eventuais efeitos a longo prazo; [a] suspensão da busca por informações na internet por gerarem preocupação excessiva.
	receio da toxicidade dos ARV	[a] busca de informações na internet;	<b>R</b> [b] continuação do tratamento;

	[b] consciência da importância do tratamento.	[b] prática de exercícios físicos e acompanhamento nutricional para alimentação saudável [b] uso de suplementos alimentares como forma de prevenir eventuais efeitos a longo prazo; [a] suspensão da busca por informações na internet por gerarem preocupação excessiva.
receio dos efeitos a longo prazo  <i>- receio dos efeitos colaterais</i>	[a] busca de informações na internet; [b] consciência da importância do tratamento.	<b>R</b> [b] continuação do tratamento; [b] prática de exercícios físicos e acompanhamento nutricional para alimentação saudável [b] uso de suplementos alimentares como forma de prevenir eventuais efeitos a longo prazo; [a] suspensão da busca por informações na internet por gerarem preocupação excessiva.
constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas  <i>- receio de ter que dar explicações sobre o medicamento</i>	[a] consciência da importância do tratamento.	<b>R</b> [a] administração do medicamento em outro ambiente [a] omissão da utilidade do medicamento quando questionado.
desejo de seguir um tratamento natural	[a] troca de informações com outras pessoas com HIV; [b] experiência pessoal com uso de homeopatia e florais para outras condições de saúde; [c] busca de informações sobre terapias alternativas ao medicamento convencional; [d] inexistência de comprovação dos efeitos das terapias alternativas para o HIV.	<b>R</b> [a,b,c,d] continuação do tratamento convencional; [a,b,c,d] acompanhamento psicológico; [a,b,c,d] uso de terapias alternativas somente para outras condições de saúde.
pouco conhecimento da doença e/ou tratamento  <i>- cura e novas formas de tratamento.</i>	[a] busca de informações na internet; [b] troca de informações com o médico.	<b>NR</b> [a] suspensão da busca por informações na internet por gerarem preocupação excessiva e/ou falsas expectativas.  <b>R</b> [b] continuação do tratamento.

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL011			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais  <i>manifestação de transtorno de humor leve</i>  <i>sintomas psicossomáticos<sup>(1)</sup>:</i> - perda de reflexo - tontura - transtorno de humor - dor abdominal - febre - sudorese noturna	[a] busca de informações na bula e internet; [b] troca de informações com médico [c] troca de informações com farmacêutico; [d] manifestação de efeito colateral de pouca relevância.	<b>R</b> [a,b,c,d] continuação do tratamento.
	esquecimento de doses	[a] percepção do esquecimento; [b] preocupação em tomar uma dose próxima da outra; [c] troca de informações com o médico.	<b>NR</b> [a,b,c] não administração da dose esquecida quando a percepção do esquecimento ocorre em horário perto da próxima dose.  <b>RP</b> [a,b] administração da dose esquecida em outro horário quando a percepção do esquecimento no mesmo dia.  <b>R</b> [a,b] correlação do horário do medicamento com alguma atividade de rotina doméstica.
	falta de medicamento em casa  - falta de formulário/prescrição (mudança de cidade) - horário de trabalho incompatível com o horário de funcionamento da UDM	[a] percepção da falta do medicamento; [b] dificuldade de sair do trabalho; [c] busca de UDM para retirar os medicamentos.	<b>NR</b> [a,c] obtenção de formulário/prescrição <sup>(2)</sup> . [a,b,c] retirada dos medicamentos.
	falta de tempo para retirar o ARV  - horário de trabalho incompatível com o horário de funcionamento da UDM	[a] percepção da falta do medicamento.	<b>NR</b> [a] retirada dos medicamentos após reorganização da rotina.
	pouco conhecimento da doença e/ou do tratamento	[a] troca de informações com outra pessoa com HIV;	<b>NR</b> [a,c] recusa certas informações.

- *informações divergentes entre UDMs;*  
- *formas de transmissão do vírus*

[b] busca de UDM próxima a residência;  
[c] percepção de que muita informação pode ser prejudicial no aspecto psicológico.

**RP**

[b] retirada de medicamento em UDM distante da residência.

**R**

[a] compreensão das formas de transmissão do vírus.

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL012			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais	[a] experiência pessoal com amigos que desenvolveram efeitos colaterais; [b] experiência pessoal com depressão e ansiedade; [c] apoio espiritual; [d] presença de carga viral indetectável e baixa possibilidade de transmissão do vírus; [e] desejo de estar saudável para vida em família; [f] manifestação de efeito colateral de pouca relevância.	<b>R</b> [c,d,e,f] continuação do tratamento.
	<i>manifestação de gastrite leve</i>		
	<i>receio de:</i> - depressão - ansiedade		
	esquecimento de doses	[a] percepção do esquecimento.	<b>RP</b> [a] administração da dose esquecida em outro horário quando a percepção do esquecimento ocorre no mesmo dia.
	receio da toxicidade dos ARV	[a] consciência de que os medicamentos são tóxicos; [b] consciência da importância do tratamento.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento. [a,b] alimentação saudável para prevenir outras doenças e efeitos adversos dos ARV.
	receio dos efeitos a longo prazo	[a] falta de informações sobre efeitos a longo prazo; [b] consciência de que os medicamentos são compostos químicos que podem trazer danos a longo prazo; [c] consciência da importância do tratamento.	<b>RP</b> [a] adiamento do planejamento de constituir família.
	<i>danos ao material genético e sequelas nos filhos</i>		<b>R</b> [a,b,c] continuação do tratamento. [a,b,c] alimentação saudável para prevenir outras doenças e efeitos adversos dos ARV.
	receio de que os medicamentos sejam prejudiciais à saúde  - problemas psiquiátricos	[a] experiência pessoal com depressão e ansiedade; [b] consciência da importância do tratamento.	<b>R</b> [a,b] continuação do tratamento.

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL013			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais	[a] alteração da aparência física e sentimento de exclusão social (lipodistrofia); [b] vaidade; [c] manifestação de efeitos colaterais; [d] troca de informações com o médico; [e] realização periódica de exames.	<b>NR</b> [a,b] interrupção do tratamento.  <b>R</b> [c,d,e] continuação do tratamento;
	<i>manifestação de:</i> - <i>lipodistrofia</i> - <i>problemas hepáticos</i> - <i>problemas renais</i> - <i>problemas neurológicos</i> - <i>problemas dermatológicos</i> - <i>problemas odontológicos</i>		
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] percepção de dificuldade de engolir o medicamento, motivado por fator psicológico.	<b>R</b> [a] continuação do tratamento. [a] administração do medicamento com líquido e alimento. [a] uso de medicamento para o estômago.
	esquecimento de doses	[a] percepção do esquecimento; [b] preocupação em tomar uma dose muito próxima da outra.	<b>NR</b> [a,b] não administração da dose esquecida, quando a percepção do esquecimento ocorre em horário perto <sup>(1)</sup> da próxima dose.  <b>RP</b> [a,b] administração da dose esquecida em outro horário quando a lembrança ocorre no mesmo dia.
	falta do medicamento em casa	[a] percepção da falta do medicamento.	<b>NR</b> [a] retirada dos medicamentos.
	interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde  <i>desânimo com o tratamento</i>	[a] receio de comorbidades pela falta do ARV.	<b>RP</b> [a] retomada do tratamento.
	constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas  - <i>receio de ter que dar explicações sobre o medicamento</i>	[a] sentimento de invasão de privacidade.	<b>R</b> [a] administração dos medicamentos em outro ambiente.
	receio de que os medicamentos sejam prejudiciais à saúde  - <i>efeitos colaterais</i>	[a] busca de informações na bula; [b] experiência como profissional de saúde; [c] consciência de que os medicamentos são prejudiciais.	<b>R</b> [a,b,c] continuação do tratamento.



medo dos efeitos a longo prazo	[a] busca de informações na bula; [b] experiência como profissional de saúde; [c] surgimento de problemas de saúde ao longo dos anos de tratamento; [d] monitoramento e controle de sintomas.	<b>R</b> [a,b,c,d] continuação do tratamento.
- <i>efeitos colaterais</i>		

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL014			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho ou quantidade	[a] percepção da dificuldade de engolir o medicamento.	<b>R</b> [a] continuação do tratamento. [a] administração de um comprimido de cada vez, lentamente.
	complexidade do tratamento	[a] desespero e falta de apoio; [b] relação hostil com o médico; [c] busca de informações e apoio em uma ONG; [d] boa relação com o médico.	<b>NR</b> [a,b] interrupção do tratamento.  <b>R</b> [c,d] continuação do tratamento.
	esquecimento de doses	[a] percepção do esquecimento.	<b>RP</b> [a] administração da dose esquecida no momento da percepção do esquecimento, mesmo que seja no dia seguinte. <b>R</b> [a] armazenamento do medicamento em local visível.
	falta de medicamento em casa <i>feriado</i>	[a] percepção da falta do medicamento; [b] sensação de fraqueza sem o medicamento.	<b>NR</b> [a,b] retirada do medicamento.
	falta de tempo para retirar o ARV	[a] percepção da falta de medicamento.	<b>NR</b> [a] retirada dos medicamentos após a reorganização da rotina.
	falta na consulta médica	[a] percepção de esquecimento da consulta; [b] busca de auxílio do profissional de saúde.	<b>NR</b> [a,b] remarcação da consulta. <b>R</b> [a,b] encaixe de horário concedido pelo médico [a] anotação da data da consulta em local visível.
	horário dos medicamentos incompatível com a rotina	[a] dificuldade de tomar os medicamentos no horário correto quando está fora de casa	<b>NR</b> [a] não administração da dose diária <b>RP</b> [a] administração dos medicamentos em horários diferentes da prescrição. <b>R</b> [a] uso de porta comprimidos
	interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde <i>- tentativa de ficar sem ARV</i>	[a] troca de informações com o médico; [b] sensação de fraqueza após a interrupção; [c] diminuição na imunidade.	<b>RP</b> [a,b,c] retomada do tratamento.
	pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento <i>- percepção de que poucas pessoas tem HIV</i>	[a] troca de informações com o médico e serviço de saúde.	<b>R</b> [a] continuação do tratamento

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

USUÁRIO QL015			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Seguimento terapêutico antirretroviral	receio dos efeitos colaterais	[a] manifestação de efeitos colaterais limitantes; [b] desejo de estar saudável; [c] desejo de não se hospitalizar em decorrência de infecções oportunistas; [d] troca de informações com o farmacêutico para indicação de medicamentos; [e] troca de informações com o médico.	<b>NR</b> [a] interrupção do tratamento.  <b>R</b> [b,c,d,e] continuação do tratamento; [e] troca de terapia; [d] uso de medicamentos para combater os efeitos colaterais; [e] administração do medicamento com alimentos.
	<i>manifestação de:</i> - <i>diarreia</i> - <i>náusea</i> - <i>fraqueza</i> - <i>delírio</i> - <i>dor abdominal</i>		
	difficuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho ou quantidade	[a] percepção da dificuldade de engolir os medicamentos por uma questão mecânica; [b] troca de informações com o médico.	<b>NR</b> [a] interrupção do tratamento.  <b>R</b> [b] continuação do tratamento [b] troca de terapia.
	complexidade do tratamento  <i>polimedicacão</i>	[a] troca de informações com o farmacêutico; [b] troca de informações com o médico.	<b>NR</b> [--] esquecimento de doses eventualmente. <b>R</b> [a,b] distribuição organizada dos medicamentos ao longo do dia. [a] uso de porta comprimidos.
	palatabilidade desagradável do medicamento	[a] experiência pessoal com outros medicamentos.	<b>R</b> [a] continuação do tratamento. [a] administração do medicamento junto com líquidos saborizados.
	difficuldade de tomar os ARV junto com outros medicamentos	[a] troca de informações com o farmacêutico; [b] troca de informações com o médico.	<b>NR</b> [--] esquecimento de doses eventualmente.  <b>R</b> [a,b] distribuição organizada dos medicamentos ao longo do dia. [a] uso de porta comprimidos.
	esquecimento de doses  <i>difficuldade de aceitação da doença</i>	[a] percepção do esquecimento.	<b>NR</b> [a] não administração da dose esquecida.
	falta de tempo para retirar o ARV	[a] percepção da falta do medicamento.	<b>NR</b> [a] retirada do medicamento após a reorganização da rotina.  <b>R</b> [a] autorização para outra pessoa retirar.

dificuldade de transportar ARV conservado em geladeira	[a] reorganização dos horários de tomada dos medicamentos.	<b>RP</b> [a] administração dos medicamentos em horários diferentes da prescrição quando retornava para casa.
horário dos medicamentos incompatível com a rotina	[a] troca de informações com o farmacêutico; [b] troca de informações com o médico; [c] dificuldade de tomar os medicamentos no horário correto quando está fora de casa.	<b>NR</b> [c] não administração da dose diária.  <b>RP</b> [c] administração dos medicamentos em horários diferentes da prescrição.  <b>R</b> [a,b,c] distribuição organizada dos medicamentos dentro da rotina.
dificuldade de readaptação da rotina após mudança na terapia	[a] troca de informações com o farmacêutico; [b] dificuldade de tomar os medicamentos no horário correto quando está fora de casa.	<b>NR</b> [b] não administração da dose diária.  <b>RP</b> [b] administração dos medicamentos em horários diferentes da prescrição.  <b>R</b> [a,b] distribuição organizada dos medicamentos dentro da rotina.
interrupção do tratamento porque sentiu-se mal de saúde  <i>efeitos colaterais intensos</i>	[a] experiência de internamento decorrente da AIDS; [b] experiência de quase morte; [c] troca de informações com o médico; [d] troca de informações com o farmacêutico.	<b>RP</b> [a,b,c,d] retomada do tratamento.
pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento	[a] necessidade de aceitação da doença; [b] percepção de que muita informação pode ser prejudicial no aspecto psicológico; [c] troca de informações restritas com médico e farmacêutico.	<b>NR</b> [a,b] recusa certas informações.  <b>R</b> [c] continuação do tratamento.

LEGENDA: R – resolveu totalmente; RP – resolveu parcialmente; NR – não resolveu

PROFISSIONAL PS001			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Atendimento e/ou acompanhamento de usuários de TARV	receio dos efeitos colaterais  - <i>problemas gástricos</i> - <i>insônia</i>	[a] experiência da rotina; [b] procedimento padrão da UDM.	[a] administração do ARV com alimentos; [b] mudança no horário de administração do ARV; [a,b] encaminhamento para farmacêutico.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] experiência da rotina.	[a] administração da medicação mesmo com o uso de álcool.
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] experiência da rotina.	[a] ingestão juntamente com alimentos e/ou bastante líquido para facilitar a deglutição.
	complexidade do tratamento	[a] falta de aptidão para dar orientações; [b] procedimento padrão da UDM.	[a] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico; [a,b] encaminhamento para farmacêutico.
	palatabilidade desagradável do medicamento	[a] experiência da rotina.	[a] ingestão dos comprimidos com bastante água.
	dificuldade de tomar os ARV junto com outros medicamentos	[a] falta de aptidão para dar orientações.	[a] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico.
	esquecimento de dose	[a] informações da bula; [b] experiência da rotina.	[a,b] administração dos ARV com até 2 horas de intervalo do horário usual; [b] para evitar esquecimento, orientação de uso de alarme no celular e guarda do medicamento em local visível.
	falta do medicamento em casa	[a] experiência da rotina; [b] procedimento padrão da UDM.	[a,b] orientação para retirar os ARV com no mínimo 5 dias antes de acabar em casa; [a] orientação para pedir para outra pessoa retirar; [a] orientação sobre a importância do tratamento.
	falta de tempo para buscar os medicamentos	[a] experiência da rotina; [b] procedimento padrão da UDM.	[a,b] orientação para retirar os ARV com no mínimo 5 dias antes de acabar em casa; [a] orientação para pedir para outra pessoa retirar; [a] orientação sobre os horários de atendimento no serviço e em outras UDMs.

falta à consulta médica	[a] experiência da rotina.	[a] orientações gerais sobre a importância da consulta para ter o formulário de retirada de ARV, sobre o tempo longo de espera para marcação de nova consulta, sobre o acompanhamento do saldo de medicação do formulário para evitar ficar sem ARV; [a] encaminhamento para farmacêutico para verificação da possibilidade de liberação de formulário sem consulta com o médico.
horário dos medicamentos incompatível com a rotina	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para tomar no início da manhã e/ou antes de dormir.
dificuldade de readaptação da rotina após mudança na terapia	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para que siga a prescrição médica.
conservação e transporte do medicamento		
interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde	[a] experiência da rotina.	[a] orientação sobre os riscos de interromper o tratamento e sobre a ação dos ARV, mostrando que o fato de sentir-se bem é em decorrência do uso correto da medicação.
não entendimento ou compreensão incorreta de alguma informação  <i>posologia e retirada dos ARV</i>	[a] experiência da rotina; [b] busca de informações no SICLOM.	[a] orientação sobre posologia, fazendo sinalizações na prescrição e/ou na embalagem; [a,b] orientação para evitar ficar sem medicação quando há intervalo maior que um mês entre uma retirada e outra.
desejo de seguir um tratamento natural  <i>- uso de chás naturais</i>	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para não interromper a medicação tradicional, mesmo que faça uso de outras alternativas.
pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento  <i>- posologia</i>	[a] experiência da rotina; [b] falta de aptidão para dar orientações; [c] procedimento padrão da UDM.	[a] orientação sobre como tomar os medicamentos e posologia; [b,c] encaminhamento para farmacêutico; [b] solicitação para que o paciente discuta a dúvida com o médico.

PROFISSIONAL PS002			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Atendimento e/ou acompanhamento a usuários de ARV	receio dos efeitos colaterais  - <i>pesadelos</i> - <i>insônia</i> - <i>icterícia</i> - <i>cefaleia</i>	[a] experiência da rotina; [b] informações da bula; [c] conhecimento de que os efeitos colaterais são normais em início de terapia, mas não devem ser intensos a ponto de impedir a adesão; [d] procedimento padrão da UDM	[a,b,c] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico para eventual troca de terapia; [a,b,d] encaminhamento para farmacêutico.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] experiência da rotina.	[a] administração da medicação mesmo com o uso de álcool.
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] experiência da rotina; [b] procedimento padrão da UDM.	[a] orientação que não pode amassar o comprimido; [a] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico; [b] encaminhamento para farmacêutico.
	complexidade do tratamento	[a] experiência da rotina; [b] procedimento padrão da UDM.	[a] orientação sobre a posologia e horários de uso da medicação; [b] encaminhamento para farmacêutico.
	palatabilidade desagradável do medicamento	[a] falta de aptidão para dar orientações.	[a] reforço da necessidade de continuar o tratamento.
	falta do medicamento em casa  <i>falta de recurso financeiro para ir buscar</i>	[a] experiência da rotina; [b] procedimento padrão da UDM.	[a,b] orientação para retirar os ARV com no mínimo 5 dias antes de acabar em casa; [a,b] verificação do saldo do formulário, marcação de consulta para obtenção de novo formulário; [a] orientação sobre a importância do tratamento.
	falta de tempo para buscar os medicamentos	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para pedir para outra pessoa retirar; [a] orientação sobre a possibilidade de ir em outra UDM mais próxima de casa ou trabalho.
	falta à consulta médica	[a] experiência da rotina.	[a] orientações gerais sobre a importância da consulta para ter o formulário de retirada de ARV; sobre o tempo longo de espera para marcação de nova consulta; [a] encaminhamento para farmacêutico para verificação da possibilidade de liberação de formulário sem consulta com o médico.

horário dos medicamentos incompatível com a rotina	[a] experiência da rotina	[a] orientação para tomar no início da manhã e/ou antes de dormir; [a] uso de porta comprimidos para transporte.
conservação e transporte do medicamento	[a] experiência da rotina.	[a] orientação sobre a necessidade de armazenar em geladeira; [a] uso de caixa térmica para transporte.
interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde	[a] experiência da rotina.	[a] orientação sobre a importância do tratamento e o que significa carga viral indetectável [a] orientação de que não há cura.
interrupção do tratamento porque sentiu-se mal de saúde  <i>em decorrência dos efeitos colaterais</i>	[a] experiência da rotina; [b] procedimento padrão da UDM.	[a] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico para troca de terapia; [a,b] encaminhamento para farmacêutico
não entendimento ou compreensão incorreta de alguma informação	[a] experiência da rotina; [b] falta de aptidão para dar orientações; [c] procedimento padrão da UDM.	[a] orientação do paciente quando se sente apta; [b,c] encaminhamento para farmacêutico.
constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas  <i>- receio de ser reconhecido na UDM</i> <i>- retirada do rótulo do ARV</i>	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para pedir para outra pessoa retirar o ARV; [a] orientação para contar o diagnóstico para as pessoas com quem mora ou convive.
desejo de seguir um tratamento natural	[a] falta de aptidão para dar orientações; [b] procedimento padrão da UDM.	[a,b] encaminhamento para farmacêutico.



PROFISSIONAL PS003			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Atendimento e/ou acompanhamento a usuários de ARV	receio dos efeitos colaterais  - <i>diarreia</i> - <i>refluxo</i> - <i>problemas dermatológicos</i>	[a] falta de aptidão para dar orientações; [b] procedimento padrão da UDM.	[a,b] encaminhamento para farmacêutico. [a] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] experiência da rotina.	[a] administração da medicação mesmo com o uso de álcool.
	falta do medicamento em casa  <i>falta de recurso financeiro para ir buscar;</i> <i>falta na consulta para obtenção de formulário</i>	[a] experiência da rotina; [b] procedimento padrão da UDM.	[a] marcação de nova consulta; [a,b] verificação da possibilidade de liberação de formulário sem consulta com o médico.
	falta à consulta médica	[a] experiência da rotina.	[a] encaminhamento para farmacêutico para verificação da possibilidade de liberação de formulário sem consulta com o médico.
	interrupção do tratamento porque sentiu-se mal de saúde  <i>em decorrência dos efeitos colaterais</i>	[a] experiência da rotina.	[a] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico.
	constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas  - <i>retirada do rótulo do ARV</i> - <i>troca de embalagem do ARV</i>	[a] experiência da rotina.	[a] não deu orientação.
	receio de que os medicamentos sejam prejudiciais à saúde	[a] falta de aptidão para dar orientações; [b] procedimento padrão da UDM.	[a,b] encaminhamento para farmacêutico.

PROFISSIONAL PS004			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Atendimento e/ou acompanhamento a usuários de ARV	receio dos efeitos colaterais  - <i>pesadelos</i> - <i>insônia</i> - <i>cefaleia</i> - <i>náusea</i> - <i>hipercolesterolemia</i> - <i>aumento de peso</i>	[a] a.1 site do MS; a.2 cursos e palestras; a.3 protocolos oficiais; a.4 informações da bula; a.5 informações de artigos científicos; a.6 troca de informações com outros profissionais da área; a.7 grupo de Whatsapp profissional; a.8 identificação do perfil do paciente, sua aceitação do diagnóstico e disponibilidade em receber auxílio e orientação;  [b] avaliação dos sintomas, se são decorrentes dos ARV ou se há outras causas; [c] experiência profissional.	[a,b] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico para troca de medicação nos casos em que interações medicamentosas estejam causando os efeitos adversos; [a,c] indicação de medicamentos para controle de alguns sintomas; [a,c] orientação sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos para prevenir alguns sintomas; [a,c] orientação sobre estratégias de uso do ARV que possam diminuir os efeitos colaterais; [c] utilização de linguagem adequada e individualizada para o paciente; [a,c] não orientação para pacientes não disponíveis para receber ajuda; [c] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico quando os efeitos colaterais estão impedindo a adesão para avaliar troca de ARV.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] a.1 site do MS; a.2 cursos e palestras; a.3 protocolos oficiais; a.4 informações da bula; a.5 informações de artigos científicos; a.6 troca de informações com outros profissionais da área; a.7 grupo de Whatsapp profissional; a.8 identificação do perfil do paciente, sua aceitação do diagnóstico e disponibilidade em receber auxílio e orientação; [b] experiência profissional	[a,b] administração da medicação mesmo com o uso de álcool.
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] informações da bula; [b] experiência profissional.	[a,b] orientação sobre a importância do tratamento, a fim de evitar a resistência viral com necessidade de tomada de vários comprimidos ao dia. [a,b] em casos específicos, orientação para que corte o comprimido, mesmo que não seja adequado, com comunicação ao médico para que acompanhe os exames; [b] orientação para que tente engolir pequenos alimentos para se habituar; [b] encaminhamento para psicólogo e fonoaudiólogo quando o

		impedimento de deglutição é de ordem psicológica.
complexidade do tratamento	[a] site do MS; [b] informações de protocolos oficiais; [c] informações de notas técnicas.	[a,b,c] orientação sobre os documentos necessários para retirada dos ARV.
<i>documentação para retirada dos ARV e exames periódicos</i>		
dificuldade de tomar os ARV junto com outros medicamentos	[a] a.1 site do MS; a.2 cursos e palestras; a.3 protocolos oficiais; a.4 informações da bula; a.5 informações de artigos científicos; a.6 troca de informações com outros profissionais da área; a.7 grupo de Whatsapp profissional; a.8 identificação do perfil do paciente, sua aceitação do diagnóstico e disponibilidade em receber auxílio e orientação; [b] aplicativos para avaliar interação medicamentosa; [c] experiência profissional.	[a,b,c] orientação sobre possíveis interações entre os medicamentos; [a,c] estratégias para administração adequada de todos os medicamentos: uso de porta comprimidos, leitura da receita médica, anotação em papel e, para analfabetos, orientação de um acompanhante; [c] encaminhamento do paciente em casos específicos para acompanhamento periódico na atenção básica (usuários do SUS).
esquecimento de dose	[a] experiência da rotina	[a] sugestão de estratégias para não esquecer, como uso de porta comprimidos, adaptação da rotina, uso de alarme no celular, orientação de um cuidador.
falta do medicamento em casa	[a] experiência da rotina [b] procedimento padrão da UDM <sup>(1)</sup> .	[a,b] orientação para retirar os ARV com no mínimo 5 dias antes de acabar em casa.
falta de tempo para buscar os medicamentos	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para o paciente organizar sua rotina para não ficar sem medicação; [a] orientação sobre a importância do tratamento.
falta à consulta médica	[a] experiência da rotina.	[a] orientação sobre a necessidade de consulta médica para ter o formulário de retirada de ARV; [a] orientação para acompanhamento de quantas retiradas são permitidas naquele formulário <sup>(4)</sup> [a] encaminhamento para o médico da Unidade Básica de Saúde ou um particular para obter formulário.
horário dos medicamentos incompatível com a rotina	[a] experiência profissional.	[a] orientação para escolher o horário mais adequado e fácil dentro da sua rotina.
dificuldade de readaptação da rotina	[a] experiência da rotina.	[a] solicitação para que o paciente discuta com o médico a possibilidade de uma única administração diária.

após mudança na terapia		
- quando a troca de terapia é para administração do ARV de 12 em 12 horas		
conservação e transporte do medicamento	[a] experiência da rotina.	[a] orientação sobre a necessidade de armazenar em geladeira; [a] uso de caixa térmica e porta comprimidos para transporte.
interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde	[a] a.1 site do MS; a.2 cursos e palestras; a.3 protocolos oficiais; a.4 informações da bula; a.5 informações de artigos científicos;	[a,b] orientação sobre a importância do tratamento e do que significa carga viral indetectável.
- carga viral está indetectável	a.6 troca de informações com outros profissionais da área; a.7 grupo de Whatsapp profissional; a.8 identificação do perfil do paciente, sua aceitação do diagnóstico e disponibilidade em receber auxílio e orientação; [b] experiência profissional	
interrupção do tratamento porque sentiu-se mal de saúde	[a] a.1 site do MS; a.2 cursos e palestras; a.3 protocolos oficiais; a.4 informações da bula; a.5 informações de artigos científicos;	[a,b] orientação sobre a importância do tratamento; [b,c] solicitação para que o paciente discuta com o médico caso os sintomas sejam decorrentes de efeitos colaterais do ARV.
em decorrência dos efeitos colaterais	a.6 troca de informações com outros profissionais da área; a.7 grupo de Whatsapp profissional; a.8 identificação do perfil do paciente, sua aceitação do diagnóstico e disponibilidade em receber auxílio e orientação; [b] experiência profissional [c] avaliação dos motivos para sentir-se mal.	
não compreensão de informações sobre o tratamento	[a] a.1 site do MS; a.2 cursos e palestras; a.3 protocolos oficiais; a.4 informações da bula; a.5 informações de artigos científicos;	[a,b] orientação do paciente.
- efeitos colaterais	a.6 troca de informações com outros profissionais da área;	
- uso junto com álcool	a.7 grupo de Whatsapp profissional;	
- necessidade de preservativo entre casais soro discordantes	a.8 identificação do perfil do paciente, sua aceitação do diagnóstico e disponibilidade em receber auxílio e orientação;	
- transmissão do vírus em indivíduos com carga viral indetectável	[b] experiência profissional.	

constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para tomar o medicamento em ambiente reservado e justificar o uso do medicamento como sendo para outra doença que não o HIV.
pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para selecionar as fontes de informação obtidas na internet e que não há cura nem vacina comprovadamente eficaz.
<i>- cura da doença</i>		

PROFISSIONAL PS005			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Atendimento e/ou acompanhamento a usuários de ARV	receio dos efeitos colaterais <ul style="list-style-type: none"> <li>- anemia</li> <li>- distensão abdominal</li> <li>- náusea</li> <li>- constipação</li> <li>- diarreia</li> <li>- icterícia</li> <li>- lipodistrofia</li> </ul>	[a] a.1 informações da bula a.2 informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica; a.3 informações de sites oficiais; [b] conhecimento de aspectos do paciente que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos. [c] avaliação dos sintomas, se são decorrentes dos ARV ou se há outras causas; [d] experiência pessoal; [e] experiência profissional.	[b,d,e] decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos); [b,c,d,e] encaminhamento do paciente em casos específicos para acompanhamento periódico na atenção básica (usuários do SUS). [a,c,e] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico para troca de medicação.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] a.1 informações da bula a.2 informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica; a.3 informações de sites oficiais; [b] conhecimento de aspectos do paciente que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos; [c] avaliação da disponibilidade do paciente para tratar da dependência; [d] experiência pessoal; [e] experiência profissional.	[b,d,e] decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos); [b,c,d,e] encaminhamento do paciente em casos específicos para acompanhamento periódico na atenção básica (usuários do SUS). [a,b,c,d] administração da medicação mesmo com o uso de álcool.
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] a.1 informações da bula a.2 informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica; a.3 informações de sites oficiais; [b] conhecimento de aspectos do paciente que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos. [c] experiência profissional.	[a,b,c] ingestão juntamente com alimentos e/ou bastante líquido para facilitar a deglutição. [a,b,c] orientação de que não pode mastigar, amassar ou cortar o comprimido.

palatabilidade desagradável do medicamento	[a] experiência profissional; [b] avaliação da origem do problema, se é decorrente do ARV.	[a,b] ingestão juntamente com alimentos.
dificuldade de tomar os ARV junto com outros medicamentos	[a] a.1 informações da bula a.2 informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica; a.3 informações de sites oficiais; [b] conhecimento de aspectos do paciente que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos. [c] experiência profissional. [d] avaliação do conhecimento do paciente em relação à função terapêutica das suas medicações.	[b,c] decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos); [b,c] encaminhamento do paciente em casos específicos para acompanhamento periódico na atenção básica (usuários do SUS). [a,b,c,d] estratégias para administração adequada de todos os medicamentos: uso de porta comprimidos, leitura da receita médica, anotação em papel e, para analfabetos, orientação de um acompanhante; [a,b,c,d] organização da medicação e definição dos horários de tomada de cada medicamento juntamente com o paciente, ainda que tecnicamente não seja o melhor.
esquecimento de dose	[a] busca de informações que expliquem os motivos do esquecimento; [a] conhecimento de aspectos do paciente que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos.	[a] decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos); [a] sugestão de estratégias para não esquecer, como uso de porta comprimidos.
falta do medicamento em casa  <i>falta de recurso financeiro para ir buscar</i>	[a] experiência da rotina.	[a] dispensação de ARV para dois meses, quando possível; [a] orientação para pedir para outra pessoa retirar.
falta de tempo para buscar os medicamentos  <i>descaso com o tratamento</i>	[a] experiência da rotina.	[a] dispensação de ARV para dois meses, quando possível. [a] orientação para pedir para outra pessoa retirar.
falta à consulta médica	[a] experiência da rotina.	[a] orientação sobre a necessidade de consulta médica para ter o formulário de retirada de ARV; [a] orientação sobre a importância do tratamento e os desfechos caso haja sua interrupção.
conservação e transporte do medicamento	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para tomar o medicamento ao acordar ou antes de dormir, evitando o transporte.

<p>interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde</p> <p><i>ausência de sintomas</i></p>	<p>[a] experiência profissional; [b] conhecimento de aspectos do paciente que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos.</p>	<p>[a,b] decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos); [a,b] orientação sobre a condição crônica da doença, importância do tratamento e os desfechos caso haja sua interrupção.</p>
<p>receio da toxicidade dos medicamentos</p>	<p>[a] a.1 informações da bula a.2 informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica; a.3 informações de sites oficiais; [b] conhecimento de aspectos do paciente que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos; [c] experiência profissional.</p>	<p>[b,c] decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos); [a,b,c] orientação sobre os efeitos que eventualmente podem acontecer a longo prazo, ressaltando que são eventos previsíveis, antecipáveis e passíveis de monitoramento com exames periódicos.</p>
<p>constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas</p>	<p>[a] experiência da rotina.</p>	<p>[a] orientação para contar o diagnóstico para as pessoas com quem mora ou convive; [a] uso de porta comprimidos e troca de embalagem.</p>
<p>receio dos efeitos a longo prazo</p>	<p>[a] a.1 informações da bula a.2 informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica; a.3 informações de sites oficiais; [b] conhecimento de aspectos do paciente que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos; [c] experiência profissional.</p>	<p>[a,b,c] decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos); [a,b,c] orientação sobre os efeitos que eventualmente podem acontecer a longo prazo, ressaltando que são eventos previsíveis, antecipáveis e passíveis de monitoramento com exames periódicos.</p>



PROFISSIONAL PS006			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Atendimento e/ou acompanhamento a usuários de ARV	receio dos efeitos colaterais  - <i>diarreia</i> - <i>desconforto abdominal</i> - <i>náusea / vômito</i> - <i>insônia</i> - <i>pesadelo</i> - <i>tontura</i> - <i>cefaleia</i>	[a] informações da bula; [b] troca de informações com farmacêutico.	[a,b] administração dos ARV com alimentos; [a,b] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico para eventual troca de terapia ou indicação de medicamentos para sintomas.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] experiência da rotina.	[a] administração da medicação mesmo com o uso de álcool; [a] orientação sobre a importância do tratamento.
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] falta de aptidão para dar orientações; [b] procedimento padrão da UDM.	[a] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico; [a,b] encaminhamento para farmacêutico.
	palatabilidade desagradável do medicamento	[a] falta de aptidão para dar orientações; [b] procedimento padrão da UDM.	[a,b] encaminhamento para farmacêutico.
	esquecimento de dose	[a] experiência da rotina; [b] consciência da necessidade de uso de linguagem de fácil compreensão.	[a,b] orientação sobre a importância do tratamento e os desfechos nos casos de esquecimento; [a,b] decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos e histórias lúdicas).
	falta do medicamento em casa	[a] experiência da rotina; [b] procedimento padrão da UDM.	[a,b] orientação para retirar os ARV com no mínimo 5 dias antes de acabar em casa [a] orientação para manter um pequeno estoque para imprevistos se retirar com antecedência de alguns dias por alguns meses.
	falta de tempo para buscar os medicamentos	[a] experiência da rotina.	[a] contratação de alguém para retirar o ARV; [a] orientação para pedir para outra pessoa retirar; [a] emissão de declaração pela UDM para justificar a ausência do paciente ao trabalho ou instituição de ensino.
	falta à consulta médica	[a] experiência da rotina.	[a] orientação sobre a importância das consultas periódicas para controle da doença.
	conservação e transporte do medicamento	[a] experiência da rotina.	[a] orientação sobre a necessidade de armazenar em geladeira [a] orientação da retirada do rótulo do ARV para não identificação do medicamento [a] uso de caixa térmica para transporte.

interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde	[a] experiência da rotina.	[a] orientação sobre a importância do tratamento e do que significa carga viral indetectável.
<i>ausência de sintomas</i>		
constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para tomar o medicamento em ambiente reservado e justificar o uso do medicamento como sendo para outra doença que não o HIV.
pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para selecionar as fontes de informação obtidas na internet e que não há cura nem vacina comprovadamente eficaz.
<i>- cura da doença</i>		

PROFISSIONAL PS007			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Atendimento e/ou acompanhamento a usuários de ARV	receio dos efeitos colaterais  <i>mudanças no aspecto físico</i>	[a] troca de informações com farmacêutico; [b] experiência profissional.	[a,b] contextualização sobre o tratamento atual, com medicamentos mais modernos e menos efeitos colaterais; [b] relato sobre a condição de outros pacientes que não tiveram efeitos colaterais ou tiveram somente no início do tratamento; [b] conscientização sobre viver o momento presente, sem sofrer por aquilo que eventualmente poderá acontecer.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] troca de informações com farmacêutico; [b] experiência da rotina.	[a] administração da medicação mesmo com o uso de álcool, evitando proximidade de horários.
	difficuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade  <i>difficuldade de deglutição por uma questão psicológica</i>	[a] experiência profissional.	[a] uso de técnicas para distrair a mente no momento de engolir, reconstruir o pensamento de forma que a pessoa aceite a medicação.
	esquecimento de dose  <i>difficuldade de estabelecer uma rotina com o medicamento</i>	[a] experiência da rotina.	[a] organização de uma rotina diária, juntamente com o paciente, incluindo o medicamento em horário mais adequado; [a] sugestão de estratégias para não esquecer, como uso de alarme no celular e associação do medicamento com outra atividade diária.
	horário dos medicamentos incompatível com a rotina	[a] experiência da rotina.	[a] organização da rotina, juntamente com o paciente; [a] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico; [a] encaminhamento farmacêutico.
	não entendimento ou compreensão incorreta de alguma informação  <i>- mecanismo de ação dos ARV</i> <i>- todos transmitem o vírus?</i> <i>- o que significa carga viral indetectável</i>	[a] experiência da rotina; [b] consciência da necessidade de uso de linguagem de fácil compreensão, sem aprofundar a informação	[a] orientação do paciente.

receio da toxicidade dos medicamentos  <i>relacionado com efeitos colaterais</i>	[a] troca de informações com farmacêutico; [b] experiência profissional; [c] uso de relato de outros pacientes	[a,b,c] contextualização sobre o tratamento atual, com medicamentos mais modernos e menos efeitos colaterais; [b,c] conscientização sobre viver o momento presente, sem sofrer por aquilo que eventualmente poderá acontecer.
constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas	[a] experiência da rotina; [b] uso de relato de outros pacientes.	[a,b] orientação sobre onde guardar a medicação em casa e troca da embalagem.
receio de que os medicamentos sejam prejudiciais à saúde	[a] experiência da rotina.	[a] conscientização sobre o custo benefício de seguir o tratamento.
pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento  <i>- mecanismo de ação dos ARV</i> <i>- todos transmitem o vírus?</i>	[a] experiência da rotina.	[a] orientação de como o ARV atua no organismo, o que é a resistência viral e a importância de seguir corretamente o tratamento; [a] orientação de que todos os portadores do HIV podem transmitir o vírus.

PROFISSIONAL PS008			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Atendimento e/ou acompanhamento a usuários de ARV	receio dos efeitos colaterais  - náuseas - tontura - distensão abdominal - flatulência - cefaleia - pesadelos - icterícia - diarreia	[a] informações em congressos e eventos científicos; site oficial do MS; [b] troca de informações com outros profissionais da área; [c] experiência profissional.	[a,b,c] indicação de medicamentos para controle de alguns sintomas; [a,b,c] orientação sobre melhor horário de administração e questões alimentares para diminuição dos sintomas; [c] investigação de outros fatores que possam estar ocasionando o efeito indesejável; [a,b,c] troca de medicação em casos específicos.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] informações em congressos e eventos científicos; site oficial do MS; [b] troca de informações com outros profissionais da área; [c] experiência da rotina clínica que mostra não haver diminuição da efetividade do ARV após uso conjunto com álcool e drogas; [d] negociação do uso de álcool e algumas drogas com os pacientes, visando redução de riscos.	[a,b,c,d] administração da medicação mesmo com o uso de álcool e algumas drogas.
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade  <i>dificuldade de deglutição</i>	[a] experiência profissional; [b] conhecimento de que muitos comprimidos não podem ser cortados.	[a,b] orientação para ingerir o comprimido com algum alimento espesso que conduza o medicamento; [b] inibição da prática de fracionamento do comprimido; [a,b] indicação de uso de xarope, quando disponível; [a,b] encaminhamento para fonoaudiologista em casos específicos.
	complexidade do tratamento  <i>polifarmácia</i>	[a] experiência profissional [b] percepção da necessidade de estimular de modo psíquico o paciente para a adesão, com foco na manutenção da saúde.	[a,b] organização de horários e rotina, juntamente com o paciente; [a] encaminhamento para farmacêutico em casos específicos.
	dificuldade de tomar os ARV junto com outros medicamentos	[a] experiência de rotina; [b] percepção da necessidade de estimular de modo psíquico o paciente para a adesão, com foco na manutenção da saúde.	[a,b] organização de horários e rotina, juntamente com o paciente; [a] encaminhamento para farmacêutico em casos específicos.
	esquecimento de dose	[a] experiência profissional.	[a] sugestão de estratégias para não esquecer como uso de alarme no celular, uso de porta comprimidos, auxílio de outra pessoa para lembrança do horário de tomar e armazenamento do ARV em local de fácil visualização.

falta do medicamento em casa	[a] experiência profissional.	[a] orientação para retirar alguns dias antes de terminar a medicação [b] orientação sobre a importância do tratamento.
falta de tempo para buscar os medicamentos	[a] experiência profissional.	[a] orientação para retirar alguns dias antes de terminar a medicação e sobre a importância do tratamento.
conservação e transporte do medicamento	[a] experiência da rotina.	[a] uso de caixa de isopor para transporte; [a] armazenamento em local arejado quando não seja possível refrigerar.
interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde	[a] experiência profissional; [b] percepção de maior efetividade em orientação visual.	[a] orientação sobre a importância do tratamento; [a,b] uso de desenhos, imagens e histórico de pacientes, em livros e materiais gráficos.
interrupção do tratamento porque sentiu-se mal de saúde	[a] avaliação dos motivos para sentir-se mal	[a] troca da medicação se o efeito indesejável for decorrente do uso do ARV.
<i>em decorrência de efeitos colaterais</i>		
receio da toxicidade dos medicamentos	[a] empatia com o paciente, demonstrando a mesma preocupação;	[a] realização de exames periódicos para controle de toxicidade.
constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para tomar o medicamento em ambiente reservado ou troca de horário da medicação; [b] justificar o uso do medicamento como sendo para outra doença que não o HIV.
receio de que os medicamentos sejam prejudiciais à saúde	[a] empatia com o paciente, demonstrando a mesma preocupação; [b] atualização em congressos e eventos científicos.	[a,b] realização de exames periódicos para controle de toxicidade.
receio dos efeitos a longo prazo	[a] empatia com o paciente, demonstrando a mesma preocupação; [b] atualização em congressos e eventos científicos.	[a,b] realização de exames periódicos para controle de toxicidade.

PROFISSIONAL PS009			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Atendimento e/ou acompanhamento a usuários de ARV	receio dos efeitos colaterais  - <i>insônia</i> - <i>cefaleia</i> - <i>problemas gastrointestinais</i>	[a] informações obtidas em curso de pós-graduação; [b] informações de artigos científicos; [c] experiência profissional; [d] percepção de que deve transmitir tranquilidade para o paciente.	[a,b,c,d] estímulo do paciente para persistir no tratamento; [a,b,c] indicação de medicamentos para controle de alguns sintomas; [a,b,c] solicitação para que o paciente discuta o problema com o médico para eventual troca da medicação; [a,b,c,d] orientação de que os medicamentos mais modernos têm menos efeitos colaterais.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] informações da bula; [b] troca de informações com médico; [c] experiência profissional.	[a,b,c] administração da medicação mesmo com o uso de álcool.
	difficuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] experiência profissional.	[a] orientação para ingerir o comprimido com algum alimento espesso que conduza o medicamento.
	complexidade do tratamento  - <i>em paciente inicial</i>	[a] experiência profissional [b] percepção de que são muitas informações a serem transmitidas; [c] percepção da necessidade de estabelecer um vínculo com o paciente.	[a,b,c] orientação geral sobre o tratamento permitindo que o paciente se expresse e esclareça as dúvidas.
	palatabilidade desagradável do medicamento	[a] experiência profissional.	[a] ingestão de um líquido após o comprimido.
	difficuldade de tomar os ARV junto com outros medicamentos	[a] experiência profissional; [b] avaliação de todos os medicamentos que estão sendo utilizados pelo paciente.	[a,b] encaminhamento do paciente em casos específicos para acompanhamento periódico na atenção básica (usuários do SUS); [a,b] organização da medicação.
	esquecimento de dose	[a] avaliação da adesão por observação de datas de retirada de ARV no SICLOM; [b] busca de informações que expliquem os motivos do esquecimento.	[a,b] orientação do paciente para adesão, dependendo do motivo do esquecimento.
	falta do medicamento em casa	[a] experiência de rotina.	[a] orientação para retirar os ARV 5 dias antes de acabar em casa; [a] orientação sobre a importância do tratamento; [a] orientação para organização da sua rotina a fim de não ficar sem medicação.
	desejo de seguir um tratamento natural	[a] experiência da rotina; [b] percepção de dificuldade para mudar a opinião do paciente	[a] não realiza orientação.

falta de tempo para buscar os medicamentos	[a] experiência de rotina.	[a] orientação para retirar os ARV 5 dias antes de acabar em casa; [a] orientação sobre a importância do tratamento. [a] orientação para organização da sua rotina a fim de não ficar sem medicação; [a] sugestão de contratação de uma pessoa para retirar o ARV
falta à consulta médica	[a] experiência da rotina.	[a] tentativa de despertar a consciência do paciente para os prejuízos causados a outros que aguardam consulta; [a] orientação para o paciente organizar sua rotina para não faltar à consulta.
horário dos medicamentos incompatível com a rotina	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para escolher o horário mais adequado e fácil dentro da sua rotina.
conservação e transporte do medicamento	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para tomar o medicamento ao acordar ou antes de dormir, evitando o transporte.
interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde	[a] experiência profissional; [b] percepção de maior efetividade na orientação quando se aplicam referências visuais.	[a] orientação sobre a importância do tratamento e do que significa carga viral indetectável; [a] orientação sobre a condição crônica da doença e desfechos caso haja a interrupção do tratamento; [a,b] uso de desenhos e expressões faciais de alerta para os perigos da interrupção do tratamento.
interrupção do tratamento porque sentiu-se mal de saúde  <i>em decorrência de efeitos colaterais</i>	[a] avaliação dos motivos para sentir-se mal.	[a] orientação sobre a importância do tratamento; [a] solicitação para que o paciente discuta com o médico caso os sintomas sejam decorrentes dos efeitos colaterais do ARV.
não entendimento ou compreensão incorreta de alguma informação  <i>- importância de manter o mesmo horário de administração</i>	[a] experiência profissional; [b] percepção da importância da consulta farmacêutica para início da TARV	[a,b] orientação do paciente para a adesão.
constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas	[a] experiência da rotina.	[a] orientação para justificar o uso do medicamento como sendo para outra doença que não o HIV; [a] orientação para tomar o medicamento ao acordar ou antes de dormir, evitando o transporte.



PROFISSIONAL PS010			
CONTEXTO	LACUNAS	PONTES	SAÍDAS
Atendimento e/ou acompanhamento a usuários de ARV	receio dos efeitos colaterais  - náusea - problemas gastrointestinais	[a] informações da bula; [b] troca de informações com o farmacêutico; [c] percepção de que não tem conhecimento para orientações mais complexas.	[a,b] orientação sobre questões alimentares para diminuição dos sintomas; [c] encaminhamento para farmacêutico.
	receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool	[a] troca de informações com médico; [b] troca de informações com o farmacêutico; [c] informações obtidas de capacitações e reuniões técnicas; [d] consciência do risco benefício para o uso de álcool junto com o medicamento.	[a,b,c,d] orientação para administração da medicação mesmo com o uso de álcool.
	dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade	[a] percepção de que os pacientes aceitam melhor tomar comprimidos grandes quando a posologia indica uma administração diária.	[a] orientação para não cortar o comprimido.
	complexidade do tratamento  - logística do processo de tratamento (consultas, exames, documentação, retiradas de medicação, locais, adesão)	[a] experiência profissional [b] percepção de que os pacientes acham dificuldade na logística e de compreender como funciona o sistema público.	[a,b] orientação geral sobre o processo de tratamento, ressaltando os benefícios oferecidos, como gratuidade em exames, consultas e medicação.
	esquecimento de dose	[a] avaliar com quem o paciente mora e se eles têm conhecimento do diagnóstico; [b] percepção de que não deve ter uma postura punitiva com o paciente.	[a,b] orientação para uso de porta comprimido, alarme no celular ou lembrete em local visível.
	falta do medicamento em casa	[a] experiência profissional; [b] percepção de que deixar o medicamento acabar possa ser uma justificativa (consciente ou não) para interromper o tratamento.	[a,b] orientação para deixar lembrete em local visível com a data para próxima retirada.
	falta de tempo para buscar os medicamentos	[a] experiência profissional; [b] percepção de que deixar o medicamento acabar possa ser uma justificativa (consciente ou não) para interrupção do tratamento;	[a,b] orientação para deixar lembrete em local visível com a data para próxima retirada; [a,b] orientação com relação aos horários de atendimento da UDM.
	falta à consulta médica	[a] experiência da rotina; [b] percepção de descaso com o auto cuidado; [c] troca de informações com o médico; [d] avaliação da adesão por observação de datas retirada de ARV no SICLOM.	[a,b] remarcação da consulta; [a,b,c,d] solicitação de formulário / prescrição para o médico mesmo sem a consulta, quando paciente é aderente e está em dia com o tratamento.

dificuldade de readaptação da rotina após mudança na terapia	[a] falta de aptidão para dar orientações.	[a] encaminhamento para farmacêutico.
interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde	[a] experiência profissional; [b] informações dos protocolos do MS; [c] conhecimento de que não existem estudos que comprovem a manutenção da CVI sem o uso da medicação.	[a,b,c] orientação sobre a condição crônica da doença, importância do tratamento e desfechos caso haja a interrupção do tratamento.
interrupção do tratamento porque sentiu-se mal de saúde	[a] avaliação dos motivos para sentir-se mal.	[a] orientação do paciente para adesão, dependendo dos motivos para sentir-se mal.
não entendimento ou compreensão incorreta de alguma informação  - logística do processo de tratamento - importância do tratamento - maior dificuldade com jovens	[a] experiência da rotina.	[a] orientação do paciente para a adesão.
constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas	[a] experiência da rotina; [b] percepção de problemas com as estratégias utilizadas pelos pacientes para não identificação do ARV, que não são recomendadas, no que se refere à conservação dos medicamentos.	[a] orientação para uso de porta comprimidos; [a,b] orientações gerais no sentido de redução de riscos na conservação dos medicamentos.
receio de que os medicamentos sejam prejudiciais à saúde	[a] percepção de que o receio de que os ARV prejudiquem a saúde possa ser uma justificativa (consciente ou não) para interrupção do tratamento; [b] avaliação dos motivos pelos quais o paciente diz que os ARV estão sendo prejudiciais	[a,b] orientação do paciente para a adesão.
receio dos efeitos a longo prazo	[a] consciência de que os ARV são a melhor opção de tratamento que se tem para doença atualmente.	[a] orientação sobre a importância do tratamento; [a] orientação de que o acompanhamento do paciente com exames é uma forma de monitoramento dos efeitos a longo prazo.
desejo de seguir um tratamento natural	[a] experiência da rotina; [b] conhecimento de que não há terapia alternativa com comprovação científica.	[a,b] orientação para não trocar a terapia convencional pela alternativa; [a,b] orientação de que terapias alternativas devem ser comunicadas ao médico para avaliar a possibilidade de uso conjunto com a convencional
pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento - uso do ARV para aumento da imunidade	[a] experiência de rotina.	[a] orientação do paciente.

## APÊNDICE 5 – COMPILAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE USUÁRIOS DE TARV E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

### USUÁRIOS DE TARV

LACUNAS	PONTES		SAÍDAS
	Informacionais	Motivacionais	
<b>Receio dos efeitos colaterais (8)</b>  - náusea (4) - lipodistrofia (3) - problema hepático (3) - diarreia (2) - problema renal (2) - problema dermatológico (2) - fraqueza (1) - delírio (1) - dor abdominal (1) - problema neurológico (1) - problema odontológico (1) - icterícia (1) - tontura (1) - distensão abdominal (1) - transtorno de humor (1) - gastrite (1) - depressão (1) - ansiedade (1)	- troca de informações com o médico (9) - busca de informações na bula (3) - busca de informações na internet (3) - busca de informações em material gráfico informativo (1) - troca de informações com farmacêutico (2) - troca de informações com profissional de saúde (2) - troca de informações com outras pessoas com HIV (1) - informações que indicam manifestação de poucos efeitos colaterais para terapias mais modernas (1) - informação de que a lipodistrofia, se ocorrer, surge após muitos anos de tratamento (1) - informação de que um dos ARV poderia causar icterícia	- manifestação de efeito colateral de pouca relevância (3) - manifestação de efeitos colaterais (2) - manifestação de efeitos colaterais limitantes (NR/R) (2) - não manifestação de efeitos colaterais que se esperava que tivesse (2) - realização periódica de exames (2) - vaidade (NR) (2) - desejo de estar saudável (2) - consciência da importância do tratamento (1) - experiência pessoal com amigos que desenvolveram efeitos colaterais (1) - experiência pessoal com depressão e ansiedade (1) - apoio espiritual (1) - carga viral indetectável e baixa possibilidade de transmissão do vírus (1) - desejo de não se hospitalizar em decorrência de infecções oportunistas (1) - alteração da aparência física e sentimento de exclusão social (NR) (1)	<b>R</b> - continuação do tratamento (10) - troca de terapia (4) - uso de medicamento para combater o efeito colateral (3) - suspensão da busca de informações na internet por gerarem preocupação excessiva (2) - organização da rotina para evitar constrangimentos provocados pelo efeito colateral (1) - prática de exercícios físicos (1) - acompanhamento nutricional para alimentação saudável (1) - uso de suplementos alimentares (1) - uso de suplementos vitamínicos (1) - mudança no horário de administração do ARV (1) - administração do ARV com alimento (1)  <b>NR</b> - interrupção do tratamento (2)
<b>Receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool (6)</b>	- troca de informações com o médico (6) - informações de que o uso concomitante do álcool com ARV deve ser evitado, mas não é motivo para interrupção do tratamento (3) - busca de informações em material gráfico informativo (1) - troca de informações com outras pessoas com HIV (1) - troca de informações com profissional de saúde (1) - informações de que o álcool não diminui a efetividade do ARV (1)	- experiência pessoal de que não se deve associar medicamentos com álcool (3)	<b>RP</b> - uso de álcool socialmente (6)  <b>R</b> - suspensão do uso do álcool no início do tratamento (1)

<b>Dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade (7)</b>	- troca de informações com o médico (4)	- percepção da dificuldade de engolir o medicamento (3) (NR) - consciência da importância do tratamento (2) - necessidade de cuidar da família (1) - experiência pessoal com a administração de outros medicamentos (1)	<b>NR</b> - interrupção do tratamento (1)  <b>RP</b> - fracionamento do comprimido (1)  <b>R</b> - continuação do tratamento (7) - administração do medicamento com bastante líquido (3) - troca de terapia (2) - administração de um comprimido de cada vez, lentamente (2) - alimentação junto ou antes de tomar o medicamento (2) - uso de medicamento para estômago (1)
<b>Complexidade do tratamento (4)</b>  <i>Polimedicação (1)</i>	- troca de informações com o médico (2) - troca de informações com o farmacêutico (1) - compreensão dos problemas causados pela interrupção da terapia (1) - busca de informações e apoio em uma ONG (1)	- relação hostil com o médico (1) (NR) - desespero e falta de apoio (1) (NR) - consciência da importância do tratamento (2) - boa relação com o médico (1) - menor complexidade de terapias mais modernas (1)	<b>NR</b> - interrupção do tratamento (1)  <b>RP</b> - esquecimento de dose eventualmente (1)  <b>R</b> - continuação do tratamento (3) - adaptação da rotina para uso diário do medicamento (1) - distribuição organizada dos medicamentos ao longo do dia (1) - uso de porta comprimidos (1)
<b>Palatabilidade desagradável do medicamento (4)</b>	- troca de informações com o médico (3)	- experiência pessoal com outros medicamentos (2)	<b>R</b> - continuação do tratamento (4) - administração do medicamento junto ou após alimentação (3) - administração do medicamento junto com líquidos saborizados (2) - higiene bucal após administração do medicamento (1) - troca da terapia (1)

<p><b>Dificuldade de tomar os ARV junto com outros medicamentos</b></p> <p><i>presença de sintomas indesejáveis quando o ARV era administrado no mesmo horário de outros medicamentos (1)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- troca de informações com o farmacêutico (1)</li> <li>- troca de informações com o médico (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- percepção de que deveria mudar o horário prescrito de administração do ARV (1)</li> <li>- aprovação do médico para a mudança de horário da medicação (1)</li> </ul>	<p><b>RP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- esquecimento de doses eventualmente (1)</li> </ul> <p><b>R</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuação do tratamento (1)</li> <li>- separação do horário de tomada do ARV e dos demais medicamentos (1)</li> <li>- distribuição organizada dos medicamentos ao longo do dia (1)</li> <li>- uso de porta comprimidos (1)</li> </ul>
<p><b>Esquecimento de dose (13)</b></p> <p><i>Dificuldade de aceitação da doença (1)</i></p> <p><i>Mudanças na rotina (1)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- troca de informações com o médico (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- percepção do esquecimento (13)</li> <li>- preocupação em tomar uma dose próxima da outra (2)</li> </ul>	<p><b>NR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- não administração da dose esquecida quando a percepção do esquecimento ocorre em horário perto da próxima dose (3)</li> <li>- não administração da dose esquecida quando a percepção do esquecimento ocorre no dia posterior (1)</li> <li>- não administração da dose esquecida (1)</li> </ul> <p><b>RP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- administração da dose esquecida em outro horário quando a percepção do esquecimento ocorre no mesmo dia (9)</li> <li>- administração da dose esquecida no momento da percepção do esquecimento, mesmo que seja no dia seguinte (3)</li> </ul> <p><b>R</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- correlação do horário do medicamento com alguma atividade de rotina doméstica (7)</li> <li>- uso de alarme no celular (4)</li> <li>- uso de porta comprimidos (4)</li> <li>- armazenamento do medicamento em local visível (1)</li> </ul>

<b>Falta do medicamento em casa (6)</b>  - feriados (2) - falta de formulário/prescrição (2) - falta de tempo para retirar (1) - horário de trabalho incompatível com horário de funcionamento da UDM (1)	- troca de informações com o profissional de saúde (1) - troca de informações com o médico (1) - informação obtida de que a falta de até duas doses não prejudica o tratamento (1) - informação obtida de que os fármacos demoram alguns dias para serem totalmente eliminados (1)	- percepção da falta do medicamento (6) - sensação de fraqueza sem o medicamento (1)	<b>NR</b> - obtenção de formulário/prescrição (2) - retirada do medicamento (6)  <b>R</b> - retirada dos medicamentos alguns dias antes de acabarem os comprimidos (1)
<b>Falta de tempo para buscar os medicamentos (4)</b>  - horário de trabalho incompatível com horário de funcionamento da UDM (1)		- percepção da falta do medicamento (4)	<b>NR</b> - retirada dos medicamentos após reorganização da rotina (4)  <b>R</b> - autorização para outra pessoa retirar (1)
<b>Falta à consulta médica (3)</b>	- busca de auxílio do profissional de saúde (2)	- percepção do esquecimento da consulta (3)	<b>NR</b> - remarcação da consulta (3)  <b>R</b> - encaixe de horário concedido pelo médico (1) - anotação da data da consulta em local visível (1)
<b>Dificuldade de transportar ARV conservado em geladeira (3)</b>	- troca de informações com o médico (1) - reorganização dos horários de tomada dos medicamentos (RP) (1)	- consciência da importância do tratamento (1) - experiência pessoal pela aparência alterada do comprimido ocasionada pela ausência de refrigeração (RP) (1)	<b>RP</b> - uso de porta comprimidos (1) - administração do comprimido mesmo alterado pelo calor (1) - administração dos medicamentos em horários diferentes da prescrição quando retornava para casa (1)  <b>R</b> - adequação do horário da medicação (1) - troca de terapia (1)

<b>Horário dos medicamentos incompatível com a rotina (4)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- troca de informações com o farmacêutico (1)</li> <li>- troca de informações com o médico (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dificuldade de tomar os medicamentos no horário correto quando está fora de casa (4)</li> </ul>	<p><b>NR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- não administração da dose diária (2)</li> </ul> <p><b>RP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- administração dos medicamentos em horários diferentes da prescrição (2)</li> </ul> <p><b>R</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uso de porta comprimidos (3)</li> <li>- uso de frascos menores para transporte (2)</li> <li>- distribuição organizada dos medicamentos dentro da rotina (1)</li> </ul>
<b>Dificuldade de readaptação da rotina após mudança na terapia (1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- troca de informações com o farmacêutico (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dificuldade de tomar os medicamentos no horário correto quando está fora de casa (NR/RP) (1)</li> </ul>	<p><b>NR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- não administração da dose diária (1)</li> </ul> <p><b>RP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- administração dos medicamentos em horários diferentes da prescrição (1)</li> </ul> <p><b>R</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- distribuição organizada dos medicamentos dentro da rotina (1)</li> </ul>
<p><b>Interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde (3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>desânimo com o tratamento (1)</i></li> <li>- <i>presença de CVI (1)</i></li> <li>- <i>tentativa de ficar sem o ARV (1)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- exames laboratoriais indicando carga viral detectável (1)</li> <li>- troca de informações com o médico (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- desejo de estar saudável (1)</li> <li>- receio de comorbidades pela falta do ARV (1)</li> <li>- sensação de fraqueza após a interrupção (1)</li> <li>- diminuição da imunidade (1)</li> </ul>	<p><b>RP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- retomada do tratamento (3)</li> </ul>
<p><b>Interrupção do tratamento porque sentiu-se mal de saúde (1)</b></p> <p><i>efeitos colaterais intensos (1)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- troca de informações com o médico (1)</li> <li>- troca de informações com o farmacêutico (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência de internamento decorrente da AIDS (1)</li> <li>- experiência de quase morte (1)</li> </ul>	<p><b>RP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- retomada do tratamento (1)</li> </ul>
<b>Não entendimento ou compreensão incorreta de alguma informação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- troca de informações com o médico (1)</li> <li>- troca de informações com amigos (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência hostil na relação com o médico (1)</li> </ul>	<p><b>NR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informações não esclarecedoras (1)</li> </ul>

<p><b>Constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas (6)</b></p> <p>- receio de ter que dar explicações sobre o medicamento (6)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- sentimento de invasão de privacidade (3)</li> <li>- percepção de que não necessita dar explicações (2)</li> <li>- consciência da importância do tratamento (2)</li> <li>- consciência de que muitas pessoas usam medicamentos de uso contínuo (1)</li> <li>- desconforto por causar sofrimento à família (1)</li> </ul>	<p><b>RP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- administração do medicamento em horário diferente do usual (2)</li> </ul> <p><b>R</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- administração dos medicamentos em outro ambiente (4)</li> <li>- administração dos medicamentos mesmo perto de outras pessoas (3)</li> <li>- uso de porta comprimidos (2)</li> <li>- omissão da função do medicamento (1)</li> </ul>
<p><b>Desejo de seguir um tratamento natural (2)</b></p> <p>- receio dos efeitos colaterais do tratamento convencional (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pesquisa pessoal sobre plantas que pudessem curar a doença (1)</li> <li>- informações que indicam manifestação de poucos efeitos colaterais para terapias convencionais mais modernas (1)</li> <li>- troca de informações com outras pessoas com HIV (1)</li> <li>- busca de informações sobre terapias alternativas ao medicamento convencional (1)</li> <li>- inexistência de comprovação dos efeitos das terapias alternativas para o HIV (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência pessoal com o uso de homeopatia e florais para outras condições de saúde (1)</li> </ul>	<p><b>R</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuação do tratamento convencional (2)</li> <li>- acompanhamento psicológico (1)</li> <li>- uso de terapias alternativas somente para outras condições de saúde (1)</li> </ul>
<p><b>Receio dos efeitos a longo prazo (7)</b></p> <p>- receio de efeitos colaterais (4)</p> <p>- danos ao material genético e sequelas nos filhos (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- troca de informações com o médico (2)</li> <li>- falta de informações sobre efeitos a longo prazo (2)</li> <li>- busca de informações na internet (1)</li> <li>- busca de informações na bula (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consciência da importância do tratamento (4)</li> <li>- consciência de que os medicamentos são compostos químicos que podem trazer danos a longo prazo (2)</li> <li>- experiência pessoal da diminuição dos efeitos colaterais ao longo do tempo (1)</li> <li>- percepção de que todos estão sujeitos à morte, independente da presença do vírus (1)</li> <li>- surgimento de problemas ao longo dos anos de tratamento (1)</li> <li>- experiência como profissional de saúde (1)</li> <li>- monitoramento e controle dos sintomas (1)</li> </ul>	<p><b>RP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adiamento do planejamento de constituir família (1)</li> </ul> <p><b>R</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuação do tratamento (7)</li> <li>- acompanhamento nutricional e alimentação saudável (3)</li> <li>- troca de terapia (1)</li> <li>- prática de exercícios físicos (1)</li> <li>- suplementos alimentares (1)</li> <li>- suspensão da busca de informações na internet por gerarem preocupação excessiva (1)</li> </ul>



<b>Receio da toxicidade dos ARV (4)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- busca de informações na internet (2)</li> <li>- busca de informações na bula (1)</li> <li>- troca de informações com o médico (1)</li> <li>- informações de que a toxicidade dos ARV é baixa (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consciência da importância do tratamento (3)</li> <li>- percepção de que todos estão sujeitos à morte, independente da presença do vírus (1)</li> <li>- consciência de que medicamentos são tóxicos (1)</li> <li>- avaliação de risco/benefício</li> </ul>	<b>R</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuação do tratamento (4)</li> <li>- acompanhamento nutricional e alimentação saudável (3)</li> <li>- prática de exercícios físicos (1)</li> <li>- uso de suplementos alimentares (1)</li> <li>- suspensão da busca de informações na internet por gerarem preocupação excessiva (1)</li> </ul>
<b>Receio de que os medicamentos sejam prejudiciais à saúde (4)</b>  <i>- efeitos colaterais (2)</i> <i>- problemas psiquiátricos (1)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- busca de informações na internet (1)</li> <li>- busca de informações na bula (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consciência da importância do tratamento (3)</li> <li>- experiência pessoal com depressão e ansiedade (1)</li> <li>- experiência como profissional de saúde (1)</li> <li>- consciência de que os medicamentos são prejudiciais (1)</li> </ul>	<b>R</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuação do tratamento (4)</li> <li>- prática de exercícios físicos (1)</li> <li>- acompanhamento nutricional (1)</li> <li>- uso de suplementos alimentares (1)</li> <li>- suspensão da busca de informações na internet por gerarem preocupação excessiva (1)</li> </ul>
<b>Pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento (9)</b>  <i>- crença de que não tem o vírus (1)</i> <i>- cura e novas formas de tratamento (1)</i> <i>- receio de novos relacionamentos afetivos (1)</i> <i>- formas de transmissão do vírus (2)</i> <i>- informações divergentes entre UDMs (1)</i> <i>- percepção de que poucas pessoas tem HIV (1)</i> <i>- início de tratamento (1)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- troca de informações com o médico (3)</li> <li>- busca de informações na internet (2)</li> <li>- troca de informações com profissionais de saúde (2)</li> <li>- troca de informações com outras pessoas com HIV (1)</li> <li>- busca por UDM próxima à residência (1)</li> <li>- informações obtidas em materiais gráficos informativos (1)</li> <li>- informações obtidas na televisão (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência pessoal de não transmitir o vírus para o parceiro após relação sexual sem proteção (1)</li> <li>- percepção de que muita informação pode ser prejudicial no aspecto psicológico (NR) (2)</li> <li>- necessidade de aceitação da doença (NR) (1)</li> <li>- percepção de que não há como ter conhecimento absoluto da doença (1)</li> <li>- percepção de que desconhece muita informação (1)</li> </ul>	<b>NR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suspensão da busca de informações na internet por gerarem preocupação excessiva ou falsas expectativas (1)</li> <li>- recusa de novos relacionamentos afetivos (1)</li> <li>- recusa certas informações (1)</li> </ul> <b>RP</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- incerteza sobre o fato de ter o vírus (1)</li> <li>- retirada de medicamento em UDM distante da residência (1)</li> </ul> <b>R</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuação do tratamento (7)</li> <li>- compreensão das formas de transmissão do vírus (1)</li> </ul>

## PROFISSIONAIS DE SAÚDE

LACUNAS	PONTES		SAÍDAS
	Informacionais	Motivacionais	
<b>Receio dos efeitos colaterais</b> <b>TE</b> <i>problemas gástricos (2)</i> <i>insônia (3)</i> <i>pesadelo (2)</i> <i>icterícia</i> <i>cefaleia (2)</i> <i>diarreia (2)</i> <i>refluxo</i> <i>tontura</i> <i>problemas dermatológicos</i> <i>náusea / vômito</i> <i>desconforto abdominal</i>	<b>TE</b> - informações da bula (2) - conhecimento de que os efeitos colaterais são normais em início de terapia, mas não devem ser intensos a ponto de impedir a adesão (1) - procedimento padrão da UDM (3) - troca de informações com farmacêutico (1)	<b>TE</b> - experiência de rotina (2) - falta de aptidão para dar orientações (1)	<b>TE</b> - administração do ARV com alimentos (2) - mudança no horário de administração do ARV (1) - encaminhamento para farmacêutico (1) - solicitação para que o usuário discuta o problema com o médico (2)
<b>ENF</b> <i>náusea</i> <i>problemas gastrointestinais</i>	<b>ENF</b> - informações da bula - troca de informações com o farmacêutico	<b>ENF</b> - percepção de que não tem conhecimento para orientações mais complexas	<b>ENF</b> - orientação sobre questões alimentares para diminuição dos sintomas - encaminhamento para farmacêutico
<b>FAR</b> <i>pesadelo</i> <i>insônia (2)</i> <i>cefaleia (2)</i> <i>náusea (2)</i> <i>hipercolesterolemia</i> <i>aumento de peso</i> <i>anemia</i> <i>distensão abdominal</i> <i>constipação</i> <i>diarreia</i> <i>icterícia</i> <i>lipodistrofia (2)</i> <i>problemas gastrointestinais</i>	<b>FAR</b> - informações da bula (2) - informações de artigos científicos (2) - site do MS - sites oficiais - informações de cursos e palestras - informações obtidas em curso de pós graduação - informações de protocolos oficiais - informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica - troca de informações com outros profissionais da área - grupos de whatsapp profissional - identificação do perfil do usuário, sua aceitação do diagnóstico e disponibilidade em receber auxílio e orientação - conhecimento de aspectos do usuário que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos - avaliação dos sintomas, se são decorrentes do ARV ou se há outras causas (2)	<b>FAR</b> - experiência profissional (3) - experiência pessoal - percepção de que deve transmitir tranquilidade ao usuário	<b>FAR</b> - solicitação para que o usuário discuta o problema com o médico (3) - indicação de medicamentos para controle de alguns sintomas (2) - orientação sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos para prevenir alguns sintomas; - orientação sobre estratégias de uso do ARV que possam diminuir os efeitos colaterais - orientação de que os medicamentos mais modernos tem menos efeitos colaterais - utilização de linguagem adequada e individualizada para o usuário;

<p><b>PSI</b> <i>mudanças no aspecto físico</i></p>	<p><b>PSI</b> - troca de informações com o farmacêutico</p>	<p><b>PSI</b> - experiência profissional</p>	<p>- decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos); - encaminhamento do usuário em casos específicos para acompanhamento periódico na atenção básica (usuários do SUS). - estímulo do usuário para persistir no tratamento - não orientação para usuários não disponíveis para receber ajuda;</p> <p><b>PSI</b> - contextualização sobre o tratamento atual, com medicamentos mais modernos e menos efeitos colaterais - relato sobre a condição de outros usuários que não tiveram efeitos colaterais ou tiveram somente no início do tratamento - conscientização sobre viver o momento presente, sem sofrer por aquilo que eventualmente poderá acontecer</p>
<p><b>MED</b> <i>náuseas tontura distensão abdominal flatulência cefaleia pesadelos icterícia diarreia</i></p>	<p><b>MED</b> - informações em congressos e eventos científicos - troca de informações com outros profissionais da área</p>	<p><b>MED</b> - experiência profissional</p>	<p><b>MED</b> - indicação de medicamentos para controle de alguns sintomas; - orientação sobre melhor horário de administração e questões alimentares para diminuição dos sintomas; - investigação de outros fatores que possam estar ocasionando o efeito indesejável; - troca de medicação em casos específicos.</p>

<p><b>Receio da interação / toxicidade do uso do ARV com álcool</b></p>	<p><b>TE</b></p> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- troca de informações com médico</li> <li>- troca de informações com o farmacêutico</li> <li>- informações obtidas de capacitações e reuniões técnicas</li> </ul> <p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informações da bula (3)</li> <li>- site do MS</li> <li>- sites oficiais</li> <li>- informações de cursos e palestras</li> <li>- informações de protocolos oficiais</li> <li>- informações de artigos científicos</li> <li>- informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica</li> <li>- troca de informações com outros profissionais da área</li> <li>- troca de informações com o médico</li> <li>- grupos de whatsapp profissional</li> <li>- identificação do perfil do usuário, sua aceitação do diagnóstico e disponibilidade em receber auxílio e orientação</li> <li>- conhecimento de aspectos do usuário que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos.</li> <li>- avaliação da disponibilidade do usuário para tratar da dependência;</li> </ul> <p><b>PSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- troca de informações com farmacêutico</li> </ul>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência de rotina (4)</li> </ul> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consciência do risco benefício para o uso de álcool junto com o medicamento</li> </ul> <p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência profissional (3)</li> <li>- experiência pessoal</li> </ul> <p><b>PSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina</li> </ul>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para administração da medicação mesmo com o uso de álcool (4)</li> <li>- orientação sobre a importância do tratamento.</li> </ul> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para administração da medicação mesmo com o uso de álcool.</li> </ul> <p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para administração da medicação mesmo com o uso de álcool (3)</li> </ul> <p><b>PSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- administração da medicação mesmo com o uso de álcool, evitando proximidade de horários.</li> </ul>
---	--	--	---

	<b>MED</b> - informações em congressos e eventos científicos - site do MS - troca de informações com outros profissionais da área	<b>MED</b> - experiência da rotina clínica que mostra não haver diminuição da efetividade do ARV após uso conjunto com álcool e drogas - negociação do uso de álcool e algumas drogas com os usuários, visando redução de riscos.	<b>MED</b> - administração da medicação mesmo com o uso de álcool e algumas drogas.
<b>Dificuldade de tomar os comprimidos por seu tamanho e/ou quantidade</b>	<b>TE</b> - procedimento padrão da UDM (3)  <b>ENF</b>  <b>FAR</b> - informações da bula (2) - informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica - informações de sites oficiais - conhecimento de aspectos do usuário que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos.	<b>TE</b> - experiência da rotina (2) - falta de aptidão para dar orientações (1)  <b>ENF</b> - percepção de que os usuários aceitam melhor tomar comprimidos grandes quando a posologia indica uma administração diária  <b>FAR</b> - experiência profissional (3)	<b>TE</b> - solicitação para que o usuário discuta o problema com o médico (2) - encaminhamento para farmacêutico (2) - orientação que não pode amassar o comprimido (1) - ingestão juntamente com alimentos e/ou bastante líquido (1)  <b>ENF</b> - orientação para não cortar o comprimido  <b>FAR</b> - ingestão juntamente com alimentos e/ou bastante líquido (2) - orientação de que não pode mastigar, amassar ou cortar o comprimido - orientação sobre a importância do tratamento  - em casos específicos, orientação para que corte o comprimido, mesmo que não seja

<p><b>PSI</b></p> <p><i>difficuldade de deglutição por uma questão psicológica</i></p> <p><b>MED</b></p> <p><i>difficuldade de deglutição</i></p>	<p><b>PSI</b></p> <p><b>MED</b></p> <p>- conhecimento de que muitos comprimidos não podem ser cortados</p>	<p><b>PSI</b></p> <p>- experiência profissional</p> <p><b>MED</b></p> <p>- experiência profissional</p>	<p>adequado, com comunicação ao médico para que acompanhe os exames</p> <p>- orientação para que tente engolir pequenos alimentos para se habituar</p> <p>- encaminhamento para psicólogo e fonoaudiólogo quando o impedimento de deglutição é de ordem psicológica</p> <p><b>PSI</b></p> <p>- uso de técnicas para distrair a mente no momento de engolir, reconstruir o pensamento de forma que a pessoa aceite a medicação</p> <p><b>MED</b></p> <p>- orientação para ingerir o comprimido com algum alimento espesso que conduza o medicamento</p> <p>- inibição da prática de fracionamento do comprimido</p> <p>- indicação de uso de xarope, quando disponível</p> <p>- encaminhamento para fonoaudiologista em casos específicos</p>
<p><b>Complexidade do tratamento</b></p> <p><b>TE</b></p> <p><b>ENF</b></p> <p><i>logística do processo de tratamento (consultas, exames, documentação, retiradas de</i></p>	<p><b>TE</b></p> <p>- procedimento padrão da UDM (2)</p> <p><b>ENF</b></p>	<p><b>TE</b></p> <p>- experiência da rotina</p> <p>- falta de aptidão para dar orientações</p> <p><b>ENF</b></p> <p>- experiência profissional</p> <p>- percepção de que os usuários acham dificuldade na logística e</p>	<p><b>TE</b></p> <p>- orientação sobre a posologia e horários de uso da medicação</p> <p>- solicitação para que o usuário discuta o problema com o médico</p> <p>- encaminhamento para farmacêutico (2)</p> <p><b>ENF</b></p> <p>- orientação geral sobre o processo de tratamento</p>

<i>medicação, locais, adesão)</i>  <b>FAR</b>  - documentação para retirada dos ARV e exames periódicos - em usuário inicial  <b>MED</b>  <i>polifarmácia</i>	<b>FAR</b> - site do MS - informações de protocolos oficiais - informações de notas técnicas  <b>MED</b>	de compreender como funciona o sistema público  <b>FAR</b> - experiência profissional - percepção de que são muitas informações a serem transmitidas - percepção da necessidade de estabelecer um vínculo com o usuário  <b>MED</b> - experiência profissional - percepção da necessidade de estimular de modo psíquico o usuário para a adesão, com foco na manutenção da saúde.	<b>FAR</b> - orientação sobre os documentos necessários para retirada dos ARV - orientação geral sobre o tratamento, permitindo que o usuário se expresse e esclareça suas dúvidas  <b>MED</b> - organização de horários e rotina, juntamente com o usuário - encaminhamento para farmacêutico em casos específicos.
<b>Palatabilidade desagradável do medicamento</b>	<b>TE</b> - procedimento padrão da UDM	<b>TE</b> - falta de aptidão para dar orientações (2) - experiência da rotina  <b>FAR</b> - experiência profissional (2) - avaliação da origem do problema, se é decorrente do ARV	<b>TE</b> - encaminhamento para farmacêutico - reforço da necessidade de continuar o tratamento - ingestão dos comprimidos com bastante água  <b>FAR</b> - ingestão juntamente com alimentos - ingestão de líquido após o comprimido
<b>Dificuldade de tomar os ARV junto com outros medicamentos</b>	<b>FAR</b> - site do MS - cursos e palestras - protocolos oficiais - informações da bula (2) - informações de artigos científicos	<b>TE</b> - falta de aptidão para dar orientações  <b>FAR</b> - experiência profissional (3)	<b>TE</b> - solicitação para que o usuário discuta o problema com o médico  <b>FAR</b> - encaminhamento do usuário em casos específicos para acompanhamento periódico na atenção

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica</li> <li>- informações de sites oficiais</li> <li>- troca de informações com outros profissionais da área</li> <li>- grupo de Whatsapp profissional</li> <li>- identificação do perfil do usuário, sua aceitação do diagnóstico e disponibilidade em receber auxílio e orientação</li> <li>- aplicativos para avaliar interação medicamentosa</li> <li>- conhecimento de aspectos do usuário que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos.</li> <li>- avaliação do conhecimento do usuário em relação à função terapêutica das suas medicações</li> <li>- avaliação de todos os medicamentos que estão sendo utilizados pelo usuário</li> </ul>	<p><b>MED</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência de rotina</li> <li>- percepção da necessidade de estimular de modo psíquico o usuário para a adesão, com foco na manutenção da saúde.</li> </ul>	<p>básica (usuários do SUS) (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- estratégias para administração adequada de todos os medicamentos: uso de porta comprimidos, leitura da receita médica, anotação em papel e, para analfabetos, orientação de um acompanhante (2)</li> <li>- organização da medicação (2)</li> <li>- orientação sobre possíveis interações entre os medicamentos</li> <li>- decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos)</li> <li>- definição dos horários de tomada de cada medicamento juntamente com o usuário, ainda que tecnicamente não seja o melhor</li> </ul> <p><b>MED</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- organização de horários e rotina, juntamente com o usuário</li> <li>- encaminhamento para farmacêutico em casos específicos.</li> </ul>
<b>Esquecimento de dose</b>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informações da bula</li> </ul>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina (2)</li> <li>- consciência da necessidade de uso de linguagem de fácil compreensão</li> </ul>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação sobre a importância do tratamento e os desfechos nos casos de esquecimento</li> <li>- decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos e histórias lúdicas)</li> <li>- administração dos ARV com até 2 horas de intervalo do horário usual</li> </ul>



<p><b>PSI</b>  <i>difficuldade de estabelecer uma rotina com o medicamento</i></p>	<p><b>ENF</b>  - avaliar com quem o usuário mora e se eles têm conhecimento do diagnóstico</p> <p><b>FAR</b>  - busca de informações que expliquem os motivos do esquecimento (2)  - conhecimento de aspectos do usuário que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos.  - avaliação da adesão por observação das datas de retirada de ARV no SICLOM</p>	<p><b>ENF</b>  - percepção de que não deve ter uma postura punitiva com o usuário</p> <p><b>FAR</b>  - experiência da rotina</p> <p><b>PSI</b>  - experiência da rotina</p> <p><b>MED</b>  - experiência profissional</p>	<p>- para evitar esquecimento, orientação de uso de alarme no celular e guarda do medicamento em local visível</p> <p><b>ENF</b>  - orientação para uso de porta comprimido, alarme no celular ou lembrete em local visível</p> <p><b>FAR</b>  - sugestão de estratégias para não esquecer como uso de porta comprimidos, adaptação da rotina, uso de alarme no celular, orientação de um cuidador (2)  - decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos)  - orientação do usuário para adesão</p> <p><b>PSI</b>  - organização de uma rotina diária, juntamente com o usuário, incluindo o medicamento em horário mais adequado  - sugestão de estratégias para não esquecer, como uso de alarme no celular e associação do medicamento com outra atividade diária.</p> <p><b>MED</b>  - sugestão de estratégias para não esquecer como uso de alarme no celular, uso de porta comprimidos, auxílio de outra pessoa para lembrança do horário de tomar e armazenamento do ARV em local de fácil visualização</p>
--	--	---	---

<p><b>Falta do medicamento em casa</b></p> <p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- falta de recurso financeiro para ir buscar (2)</li> <li>- falta na consulta para obtenção de formulário</li> </ul>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- procedimento padrão da UDM (4)</li> </ul>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina (4)</li> </ul> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência profissional</li> <li>- percepção de que deixar o medicamento acabar possa ser uma justificativa (consciente ou não) para interromper o tratamento</li> </ul>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para retirar os ARV com no mínimo 5 dias antes de acabar em casa (3)</li> <li>- orientação sobre a importância do tratamento (2)</li> <li>- verificação do saldo do formulário, marcação de consulta para obtenção de novo formulário</li> <li>- orientação para pedir para outra pessoa retirar</li> <li>- marcação de nova consulta</li> <li>- verificação da possibilidade de liberação de formulário sem consulta com o médico</li> <li>- orientação para manter um pequeno estoque para imprevistos se retirar com antecedência de alguns dias por alguns meses</li> </ul> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para deixar lembrete em local visível com a data para próxima retirada</li> </ul>
<p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>falta de recurso financeiro para ir buscar</li> </ul>	<p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- procedimento padrão da UDM</li> </ul>	<p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina (3)</li> </ul>	<p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para retirar os ARV com no mínimo 5 dias antes de acabar em casa (2)</li> <li>- dispensação de ARV para dois meses, quando possível</li> <li>- orientação para pedir para outra pessoa retirar</li> <li>- orientação da importância do tratamento</li> <li>- orientação para organização da rotina a fim de não ficar sem medicação</li> </ul>

		<b>MED</b> - experiência profissional	<b>MED</b> - orientação para retirar alguns dias antes de terminar a medicação - orientação sobre a importância do tratamento
<b>Falta de tempo para buscar os medicamentos</b>	<b>TE</b> - procedimento padrão da UDM	<b>TE</b> - experiência da rotina (3)	<b>TE</b> - orientação para pedir para outra pessoa retirar (3) - orientação para retirar os ARV com no mínimo 5 dias antes de acabar em casa - orientação sobre os horários de atendimento no serviço e em outras UDMs - orientação sobre a possibilidade de ir em outra UDM mais próxima de casa ou trabalho - sugestão de contratação de uma pessoa para retirar o ARV - emissão de declaração pela UDM para justificar a ausência do usuário ao trabalho ou instituição de ensino
<b>FAR</b> <i>descaso com o tratamento</i>		<b>ENF</b> - experiência profissional - percepção de que deixar o medicamento acabar possa ser uma justificativa (consciente ou não) para interromper o tratamento	<b>ENF</b> - orientação para deixar lembrete em local visível com a data para próxima retirada - orientação com relação aos horários de atendimento da UDM
		<b>FAR</b> - experiência da rotina (3)	<b>FAR</b> - orientação para organização da sua rotina a fim de não ficar sem medicação (2) - orientação sobre a importância do tratamento (2) - dispensação de ARV para dois meses, quando possível

		<p><b>MED</b></p> <p>- experiência profissional.</p>	<p>- orientação para pedir para outra pessoa retirar</p> <p>- orientação para retirar os ARV com no mínimo 5 dias antes de acabar em casa</p> <p>- sugestão de contratação de uma pessoa para retirar o ARV</p> <p><b>MED</b></p> <p>- orientação para retirar alguns dias antes de terminar a medicação e sobre a importância do tratamento.</p>
<p><b>Falta à consulta médica</b></p>	<p><b>ENF</b></p> <p>- troca de informações com o médico</p> <p>- avaliação da adesão por observação de datas retirada de ARV no SICLOM</p>	<p><b>TE</b></p> <p>- experiência da rotina (4)</p> <p><b>ENF</b></p> <p>- experiência da rotina</p> <p>- percepção de descaso com o auto cuidado</p> <p><b>FAR</b></p> <p>- experiência da rotina (3)</p>	<p><b>TE</b></p> <p>- orientações gerais sobre a importância da consulta para ter o formulário de retirada de ARV (2)</p> <p>- encaminhamento para farmacêutico para verificação da possibilidade de liberação de formulário sem consulta com o médico (3)</p> <p>- orientação sobre a importância das consultas periódicas para controle da doença</p> <p><b>ENF</b></p> <p>- remarcação da consulta</p> <p>- solicitação de formulário / prescrição para o médico mesmo sem a consulta, quando usuário é aderente e está em dia com o tratamento</p> <p><b>FAR</b></p> <p>- orientação sobre a necessidade de consulta médica para ter o formulário de retirada de ARV (2)</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para acompanhamento de quantas retiradas são permitidas naquele formulário</li> <li>- encaminhamento para o médico da Unidade Básica de Saúde ou um particular para obter formulário</li> <li>- orientação sobre a importância do tratamento e os desfechos caso haja sua interrupção</li> <li>- orientação para organização da rotina a fim de não faltar à consulta</li> <li>- tentativa de despertar a consciência do usuário para os prejuízos causados a outros que aguardam consulta</li> </ul>
<b>Dificuldade de transportar ARV conservado em geladeira</b>		<p><b>TE</b> - experiência da rotina (2)</p> <p><b>FAR</b> - experiência da rotina (3)</p> <p><b>MED</b> - experiência da rotina</p>	<p><b>TE</b> - orientação sobre a necessidade de armazenar em geladeira (2) - uso de caixa térmica para transporte (2) - orientação da retirada do rótulo do ARV para não identificação do medicamento</p> <p><b>FAR</b> - orientação para tomar o medicamento ao acordar ou antes de dormir, evitando o transporte (2) - orientação sobre a necessidade de armazenar em geladeira - uso de caixa térmica e porta comprimidos para transporte</p> <p><b>MED</b> - uso de caixa de isopor para transporte</p>

			- armazenamento em local arejado quando não seja possível refrigerar
<b>Horário dos medicamentos incompatível com a rotina</b>		<p><b>TE</b> - experiência de rotina (2)</p> <p><b>FAR</b> - experiência de rotina (2)</p> <p><b>PSI</b> - experiência de rotina</p>	<p><b>TE</b> - orientação para tomar no início da manhã e/ou antes de dormir (2) - uso de porta comprimidos para transporte</p> <p><b>FAR</b> - orientação para escolher o horário mais adequado e fácil dentro da sua rotina (2)</p> <p><b>PSI</b> - organização da rotina, juntamente com o usuário - solicitação para que o usuário discuta o problema com o médico - encaminhamento farmacêutico</p>
<p><b>Dificuldade de readaptação da rotina após mudança na terapia</b></p> <p><b>FAR</b> <i>quando a troca de terapia é para administração do ARV de 12 em 12 horas</i></p>		<p><b>TE</b> - experiência de rotina</p> <p><b>ENF</b> - falta de aptidão para dar orientações</p> <p><b>FAR</b> - experiência de rotina</p>	<p><b>TE</b> - orientação para que siga a prescrição médica</p> <p><b>ENF</b> - encaminhamento para farmacêutico</p> <p><b>FAR</b> - solicitação para que o usuário discuta com o médico a possibilidade de uma única administração diária</p>
<b>Interrupção do tratamento porque sentiu-se bem de saúde</b> <b>TE</b>		<b>TE</b> - experiência de rotina (3)	<b>TE</b> - orientação sobre os riscos de interromper o



<p>- em decorrência dos efeitos colaterais (2)</p> <p><b>FAR</b></p> <p>- em decorrência dos efeitos colaterais (2)</p> <p><b>MED</b></p> <p>- em decorrência dos efeitos colaterais</p>	<p>- procedimento padrão da UDM</p> <p><b>ENF</b></p> <p>- avaliação dos motivos para sentir-se mal</p> <p><b>FAR</b></p> <p>- site do MS; - cursos e palestras - protocolos oficiais - informações da bula - informações de artigos científicos - troca de informações com outros profissionais da área - grupo de Whatsapp profissional - identificação do perfil do usuário, sua aceitação do diagnóstico e disponibilidade em receber auxílio e orientação - avaliação dos motivos para sentir-se mal (2)</p> <p><b>MED</b></p> <p>- avaliação dos motivos para sentir-se mal</p>	<p>- experiência da rotina (2)</p> <p><b>FAR</b></p> <p>- experiência profissional</p>	<p>- solicitação para que o usuário discuta o problema com o médico (2) - encaminhamento para farmacêutico</p> <p><b>ENF</b></p> <p>- orientação do usuário para adesão</p> <p><b>FAR</b></p> <p>- orientação sobre a importância do tratamento (2) - solicitação para que o usuário discuta com o médico caso os sintomas sejam decorrentes de efeitos colaterais do ARV (2)</p> <p><b>MED</b></p> <p>- troca da medicação se o efeito indesejável for decorrente do uso do ARV</p>
<p><b>Não entendimento ou compreensão incorreta de alguma informação</b></p> <p><b>TE</b></p> <p>- posologia - retirada dos ARV</p> <p><b>ENF</b></p> <p>- logística do processo de tratamento - importância do tratamento - maior dificuldade com jovens</p> <p><b>FAR</b></p> <p>- efeitos colaterais - uso junto com álcool</p>	<p><b>TE</b></p> <p>- busca de informações no SICLOM - procedimento padrão da UDM</p> <p><b>FAR</b></p> <p>- site do MS; - cursos e palestras; - protocolos oficiais; - informações da bula;</p>	<p><b>TE</b></p> <p>- experiência da rotina (2) - falta de aptidão para dar orientações</p> <p><b>ENF</b></p> <p>- experiência da rotina</p> <p><b>FAR</b></p> <p>- experiência profissional (2) - percepção da importância da consulta</p>	<p><b>TE</b></p> <p>- - orientação do usuário quando se sente apta (2) - encaminhamento para farmacêutico</p> <p><b>ENF</b></p> <p>- orientação do usuário para a adesão</p> <p><b>FAR</b></p> <p>- orientação do usuário (2)</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>necessidade de preservativo entre casais soro discordantes</i></li> <li>- <i>transmissão do vírus em indivíduos com carga viral indetectável</i></li> <li>- <i>importância de manter o mesmo horário de administração</i></li> </ul> <p><b>PSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>mecanismo de ação dos ARV</i></li> <li>- <i>todos transmitem o vírus?</i></li> <li>- <i>o que significa carga viral indetectável</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informações de artigos científicos;</li> <li>- troca de informações com outros profissionais da área;</li> <li>- grupo de Whatsapp profissional;</li> <li>- identificação do perfil do usuário, sua aceitação do diagnóstico e disponibilidade em receber auxílio e orientação</li> </ul>	<p>farmacêutica para início de TARV</p> <p><b>PSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina</li> <li>- consciência da necessidade de uso de linguagem de fácil compreensão, sem aprofundar a informação</li> </ul>	<p><b>PSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação do usuário</li> </ul>
<p><b>Constrangimento de tomar o ARV perto de outras pessoas</b></p> <p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>receio de ser reconhecido na UDM</i></li> <li>- <i>retirada do rótulo do ARV (2)</i></li> <li>- <i>troca de embalagem do ARV</i></li> </ul>		<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina (3)</li> </ul> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina</li> <li>- percepção de problemas com as estratégias utilizadas pelos usuários para não identificação do ARV, que não são</li> </ul>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para pedir para outra pessoa retirar o ARV</li> <li>- orientação para contar o diagnóstico para as pessoas com quem mora ou convive</li> <li>- não realiza orientação</li> <li>- orientação para tomar o medicamento em ambiente reservado e justificar o uso do medicamento como sendo para outra doença que não o HIV</li> </ul> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para uso de porta comprimidos</li> <li>- orientações gerais no sentido de redução de riscos na conservação dos medicamentos</li> </ul>

		<p>recomendadas, no que se refere à conservação dos medicamentos</p> <p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina (2)</li> </ul>	<p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para justificar o uso do medicamento como sendo para outra doença que não o HIV (2)</li> <li>- orientação para tomar o medicamento em ambiente reservado</li> <li>- orientação para contar o diagnóstico para as pessoas com quem mora ou convive</li> <li>- orientação para tomar o medicamento ao acordar ou antes de dormir, evitando o transporte</li> <li>- uso de porta comprimidos e troca de embalagem</li> </ul>
	<p><b>PSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uso de relato de outros usuários</li> </ul>	<p><b>PSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina</li> </ul> <p><b>MED</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina</li> </ul>	<p><b>PSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação sobre onde guardar a medicação em casa e troca da embalagem</li> </ul> <p><b>MED</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para tomar o medicamento em ambiente reservado ou troca de horário da medicação</li> <li>- justificar o uso do medicamento como sendo para outra doença que não o HIV</li> </ul>
<p><b>Desejo de seguir um tratamento natural</b></p> <p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>uso de chás naturais</i></li> </ul>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- procedimento padrão da UDM</li> </ul> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conhecimento de que não há terapia alternativa com comprovação científica</li> </ul>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina</li> <li>- falta de aptidão para dar orientações</li> </ul> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina</li> </ul>	<p><b>TE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para não interromper a medicação tradicional, mesmo que faça uso de outras alternativas</li> <li>- encaminhamento para farmacêutico</li> </ul> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para não trocar a terapia</li> </ul>

		<p>convencional pela alternativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação de que terapias alternativas devem ser comunicadas ao médico para avaliar a possibilidade de uso conjunto com a convencional</li> </ul> <p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência da rotina</li> <li>- percepção da dificuldade para mudar a opinião do usuário</li> </ul> <p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- não realiza orientação</li> </ul>	
<p><b>Receio dos efeitos a longo prazo</b></p>	<p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informações da bula</li> <li>- informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica</li> <li>- informações de sites oficiais</li> <li>- conhecimento de aspectos do usuário que orientem a forma de condução do atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição socioeconômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos</li> </ul> <p><b>MED</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- atualização em congressos e eventos científicos</li> </ul>	<p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência profissional</li> </ul> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consciência de que os ARV são a melhor opção de tratamento que se tem para doença atualmente</li> </ul> <p><b>MED</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- empatia com o usuário, demonstrando ter a mesma preocupação</li> </ul>	<p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos)</li> <li>- orientação sobre os efeitos que eventualmente podem acontecer a longo prazo, ressaltando que são eventos previsíveis, antecipáveis e passíveis de monitoramento com exames periódicos</li> </ul> <p><b>ENF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação sobre a importância do tratamento</li> <li>- orientação de que o acompanhamento do usuário com exames é uma forma de monitoramento dos efeitos a longo prazo</li> </ul> <p><b>MED</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- realização de exames periódicos para controle de toxicidade</li> </ul>
<p><b>Receio da toxicidade dos ARV</b></p>	<p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informações da bula</li> <li>- informações de materiais gráficos da indústria farmacêutica;</li> <li>- informações de sites oficiais;</li> <li>- conhecimento de aspectos do usuário que orientem a forma de condução do</li> </ul>	<p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- experiência profissional</li> </ul>	<p><b>FAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- decisão da forma de representação da informação (orientação verbal ou escrita, uso de desenhos, adesivos)</li> </ul>

	<p>atendimento, como nível cognitivo, faixa etária, condição sócio econômica, rotina de vida, questões familiares, presença de vícios, ocupação, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos</p> <p><b>PSI</b> - troca de informações com farmacêutico</p>	<p><b>PSI</b> - experiência profissional - uso de relato de outros usuários</p> <p><b>MED</b> - empatia com o usuário, demonstrando a mesma preocupação</p>	<p>- orientação sobre os efeitos que eventualmente podem acontecer a longo prazo, ressaltando que são eventos previsíveis, antecipáveis e passíveis de monitoramento com exames periódicos</p> <p><b>PSI</b> - contextualização sobre o tratamento atual, com medicamentos mais modernos e menos efeitos colaterais - conscientização sobre viver o momento presente, sem sofrer por aquilo que eventualmente poderá acontecer</p> <p><b>MED</b> - realização de exames periódicos para controle de toxicidade</p>
<b>Receio de que os medicamentos sejam prejudiciais à saúde</b>	<p><b>TE</b> - procedimento padrão da UDM</p> <p><b>ENF</b> - avaliação dos motivos pelos quais o usuário diz que os ARV estão sendo prejudiciais</p> <p><b>MED</b> - atualização em congressos e eventos científicos</p>	<p><b>TE</b> - falta de aptidão para dar orientações</p> <p><b>ENF</b> - percepção de que o receio de que os ARV prejudiquem a saúde possa ser uma justificativa (consciente ou não) para interrupção do tratamento</p> <p><b>PSI</b> - experiência da rotina</p> <p><b>MED</b> - empatia com o usuário, demonstrando a mesma preocupação</p>	<p><b>TE</b> - encaminhamento para farmacêutico</p> <p><b>ENF</b> - orientação do usuário para a adesão</p> <p><b>PSI</b> - conscientização sobre o custo benefício de seguir o tratamento</p> <p><b>MED</b> - realização de exames periódicos para controle de toxicidade</p>
<b>Pouco conhecimento sobre a doença e/ou tratamento</b> <b>TE</b>	<b>TE</b>	<b>TE</b>	<b>TE</b>

<p>- <i>posologia</i> - <i>cura da doença</i></p> <p><b>ENF</b> - <i>uso do ARV para aumento da imunidade</i></p> <p><b>FAR</b> - <i>cura da doença</i></p> <p><b>PSI</b> - <i>mecanismo de ação dos ARV</i> - <i>todos transmitem o vírus?</i></p>	<p>- procedimento padrão da UDM</p>	<p>- experiência da rotina (2) - falta de aptidão para dar orientações</p> <p><b>ENF</b> - experiência de rotina</p> <p><b>FAR</b> - experiência da rotina</p> <p><b>PSI</b> - experiência da rotina</p>	<p>- orientação do usuário (2) - encaminhamento para farmacêutico - solicitação para que o usuário discuta a dúvida com o médico</p> <p><b>ENF</b> - orientação do usuário</p> <p><b>FAR</b> - orientação do usuário</p> <p><b>PSI</b> - orientação do usuário</p>
---	-------------------------------------	--	--

LEGENDAS: TE – técnico de enfermagem; ENF – enfermeiro; FAR – farmacêutico; PSI – psicólogo;  
MED – médico

## **APÊNDICE 6 – ROTEIRO PARA CONSULTA FARMACÊUTICA DE USUÁRIOS EM INÍCIO DE TARV**

### Apresentação

Comece se apresentando, com o seu nome e função na UDM. Explique rapidamente os objetivos dessa conversa inicial, destacando que aspectos você deseja abordar e quanto tempo aproximadamente será a duração do encontro. Esclareça que a ideia é que vocês estabeleçam um vínculo para que você possa auxiliá-lo ao longo do tratamento.

### Percepções após o diagnóstico

É importante nesse início que haja o acolhimento do usuário, praticando a escuta ativa, ouvindo mais do que falando.

- ⊙ Demonstre interesse, perguntando como o usuário descobriu que tem HIV e como ele se sente nesse momento;
- ⊙ Questione quais são as suas preocupações principais;
- ⊙ Saliente que você vai tentar esclarecer todas as dúvidas e amenizar as preocupações.

### Perfil sociodemográfico, econômico e questões de saúde

Algumas questões relevantes de serem abordadas são:

- ⊙ O local onde o usuário mora, se é fácil o deslocamento dele até a UDM;
- ⊙ Com quem ele mora, se é casado (ou união estável), se tem filhos, se tem parceiro(a) fixo(a);
- ⊙ Qual a ocupação, se está trabalhando e o horário de trabalho;
- ⊙ Tipo de assistência à saúde, se é pelo SUS ou serviço particular, assim como se possui plano de saúde, pois estas informações fornecem noções do acesso que ele tem a consultas e exames;
- ⊙ Outras doenças crônicas e medicamentos de uso contínuo para avaliar possíveis interações com os ARV;

- ⊙ Uso de álcool e com que frequência é consumido, com o objetivo de orientar sobre redução de riscos.

### Aspectos técnicos

Nesse momento, explique que você fornecerá orientações básicas sobre a doença que são fundamentais para que o usuário compreenda a importância de seguir corretamente o tratamento. Evite excesso de termos técnicos e utilize linguagem de fácil compreensão, podendo se apoiar em imagens ou histórias para melhorar a compreensão. Os seguintes itens devem ser abordados:

- ⊙ O que é HIV e aids: conceitos de imunidade, células de defesa e doenças oportunistas;
- ⊙ O que significa o exame de carga viral e TCD4+: avaliar nesse momento os exames laboratoriais;
- ⊙ Mecanismo de ação dos antirretrovirais: função de reduzir a carga viral e aumentar TCD4+; utilizar nesse momento imagens para facilitar a compreensão;
- ⊙ Carga viral indetectável significa que não há transmissibilidade do HIV e ausência de doenças oportunistas;
- ⊙ O que ocorre quando há interrupção do tratamento: aumenta carga viral, diminui TCD4+, possibilidade de doenças oportunistas, transmissão do HIV, resistência aos medicamentos, necessidade de uso de esquemas terapêuticos mais complexos e com maior intolerância;
- ⊙ Métodos de prevenção da transmissão do HIV e contaminação por ISTs: preservativos, géis lubrificantes, PrEP e PEP (com orientações sobre quando utilizar e locais para obtenção);
- ⊙ Necessidade de uso de preservativos mesmo com carga viral indetectável: possibilidade de se infectar com cepas resistentes do HIV;
- ⊙ Antirretrovirais: posologia, conservação do medicamento em casa, interações com medicamentos, alimentos ou suplementos, uso de bebida alcoólica ou substâncias ilícitas durante o tratamento;
- ⊙ Efeitos colaterais: evitar excesso de informações negativas ou alarmistas, reforçando aspectos positivos; apontar as principais reações para o ARV que será utilizado, destacando que muitos usuários não as manifestam e, quando apresentam, geralmente é por curto período de tempo; indicar melhores horários para redução dos efeitos, quando

possível; reforçar a importância da continuidade do tratamento apesar dos efeitos e necessidade de acompanhamento profissional nesses casos;

- ⊙ Estilos de vida que melhoram as condições de saúde: alimentação saudável e prática de exercícios físicos.

Além dos aspectos listados, importante ressaltar:[a] Que a aids não tem cura, que os medicamentos manterão a quantidade de vírus baixa, mas que pode aumentar novamente e causar o desenvolvimento da doença se o tratamento não for adequadamente seguido; [b] Que atualmente os medicamentos são seguros e eficazes, sendo possível que o usuário leve uma vida normal.

#### Aspectos sociais e comportamentais

Nessa fase, aborde com o usuário sobre os seguintes aspectos:

- ⊙ Se ele tem apoio da família e para quem ele contou do diagnóstico, pois o apoio social é um fator positivo na adesão;
- ⊙ Saber se o(a) parceiro(a) tem conhecimento do diagnóstico, reforçando a necessidade dos cuidados e métodos preventivos;
- ⊙ Ajude o usuário a identificar uma pessoa do seu grupo de relacionamentos em quem ele confie e que possa saber da doença para auxiliá-lo quando houver necessidade;
- ⊙ Esclareça aos usuários que é possível constituir família apesar do HIV, pois no início alguns acreditam que não poderão mais se relacionar afetivamente;
- ⊙ Em especial para mulheres, questionar sobre o desejo de engravidar, esclarecendo as condutas antes e durante a gestação, informando que é totalmente viável que a criança não apresente o vírus;
- ⊙ Defina, juntamente com o paciente, o melhor horário para a administração dos medicamentos, que deve ocorrer preferencialmente quando ele estiver em casa;
- ⊙ Esclareça como o ARV pode ser transportado e conservado caso seja necessário administra-lo fora do ambiente residencial;
- ⊙ Encontre junto com o usuário estratégias de memória que melhor se adequem à sua rotina, a fim de evitar o esquecimento das doses, especialmente no início do tratamento.



### Aspectos documentais

Explique quais serão os documentos que são necessários para a retirada dos medicamentos mensalmente e a periodicidade de consultas e exames.

- ⊙ Formulário de Solicitação de Medicamento: o que informa e em que situações deve ser apresentado;
- ⊙ Periodicidade de consultas e exames: qual a regularidade das consultas médicas e dos exames de CV e TCD4+ no início do tratamento e depois da adaptação;
- ⊙ Especialmente para pacientes do serviço particular de saúde, informe e justifique sobre a necessidade de trazer todos os exames de CV na UDM;
- ⊙ Horários da UDM: informe os horários de atendimento, alerte para a necessidade de retirar a TARV antes de acabar a medicação e atenção às semanas com feriado para evitar ficar sem medicamento;
- ⊙ Autorização para retirar os ARV: informe que outras pessoas podem buscar os medicamentos e os documentos necessários nesse caso.

### Dúvidas e encerramento

Esta é a fase final da conversa e deve abordar:

- ⊙ Se o paciente ficou com alguma dúvida do que foi explicado ou se tem outras questões que não foram citadas;
- ⊙ Procure verificar, de modo breve, o que ele compreendeu sobre a importância de utilizar corretamente a TARV. Muitas vezes nesse momento você identifica o que não foi compreendido ou que foi entendido erroneamente;
- ⊙ Pergunte se você pode agendar nova consulta farmacêutica, justificando essa necessidade por ser uma fase de adaptação (recomenda-se após 15 a 30 dias). Se achar pertinente, você pode oferecer a possibilidade de ser por telefone ou mensagem;
- ⊙ Informe os horários que você pode ser encontrado na UDM e os contatos de telefone e e-mail;
- ⊙ Agradeça a atenção do usuário e coloque-se à disposição para auxiliar sempre que necessário.